

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 1

DES
ATRÉSIES CICATRICIELLES VAGINALES
ACQUISES DANS LE POST-PARTUM
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Novembre 1931

PAR

René Alphonse QUENEUDEC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Plomodiern (Finistère) le 18 Février 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	
		PAPIN, agrégé.....	<i>Juges.</i>
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE D'ALBRET
G. ROULLEAU
100, COURS D'ALBRET, 100

1931

THÈSE
DE
MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 1

DES
ATRÉSIES CICATRICIELLES VAGINALES
ACQUISES DANS LE POST-PARTUM
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Novembre 1931

PAR

René Alphonse QUENEUDEC

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Plomodiern (Finistère) le 18 Février 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE D'ALBRET
G. ROULLEAU
100, COURS D'ALBRET, 100

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIERE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPERIE.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIERES.
id.	BEGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orth.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques gén.	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS	Clinique méd. malad. des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale ...	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmacaut.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie ..	G. DUBREUIL	Médec. colon. et cliniq. des maladies coloniales.	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des mal. cutanées et syph.	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des mal. des voies urin.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie ...	LANDE.	Clinique des malad. nerv. et ment.	ABADIE.
Electroradiologie et clinique d'elect. médicale	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..	LABAT.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Hydrologie thérapeut. et climatq.	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE. (Pharmacie), LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

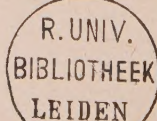
	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENE.
Physiologie	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	GREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIERE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIECHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie ...	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale, pharmaceutique	
Maladies mentales	PERRENS.	et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE.	Puériculture	FAUGERE.
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Accouchements	RIVIERE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALA.
Ophtalmologie	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes, MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profess. GOURD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR A. QUÉNEUDEC

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Que son exemple me rappelle toujours
mon devoir

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
J. REBUFFET

Je dédie ce modeste travail en reconnaissance de tous les conseils et de la peine qu'il ne m'a jamais ménagés

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR L. JOCET

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection

A MA SŒUR

A qui je dois d'être ce que je suis

A MES PARENTS

A MES AMIS ET CAMARADES

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
CROIX DE GUERRE,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX,
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX,
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE,
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Hommages respectueux.

Des Atrésies Cicatricielles Vaginales acquises dans le Post-Partum et de leur Traitement

AVANT-PROPOS

Ce n'est certes pas par amour d'une coutume, mais bien par un élan du cœur que nous plaçons, au début de ce travail, une page par laquelle il nous est infiniment agréable d'adresser notre reconnaissance à ceux qui y ont droit.

Que la mémoire de notre père soit ici honorée. Il nous quitta alors que nous étions encore bien jeune, mais son souvenir nous est toujours aussi présent; sa mort sut provoquer les regrets très sincères de ses malades, ses amis. Nous aurons bien accompli notre carrière médicale si nous laissons derrière nous de semblables regrets.

Notre pensée va ensuite à la mémoire de notre oncle Jean Rebuffet. Ce fut lui qui hélas ! pendant un temps trop court, s'occupa de notre éducation intellectuelle, s'efforçant, souvent avec beaucoup de peine, à nous inculquer les principales qualités qui font de nous des hommes.

Notre mère et notre sœur seront toujours pour nous l'exemple du dévouement et du courage. Après tant d'épreuves subies, nous fûmes leur unique souci; qu'elles trouvent ici l'expression de notre reconnaissance et de notre grande affection; que notre sœur voit, dans ce travail, une faible récompense de sa jeunesse sacrifiée pour nous permettre de poursuivre à leur fin nos études médicales.

Nous adressons nos remerciements à tous ceux qui nous ont aidés dans certains moments difficiles, et nous les prions de croire à notre amitié.

Nous assurons de notre gratitude M. le Professeur Andérodias, M^{me} le Docteur Dubreuilh et le Docteur Mahon qui nous ont toujours reçu très aimablement et conseillé avec beaucoup de complaisance; que notre charmante traductrice et amie, M^{me} Linda Rosa, veuille bien nous permettre d'associer son nom aux précédents et accepter la grande part de remerciements auxquels elle a droit.

A nos maîtres de la Faculté et en particulier à M. le Professeur Guyot, qui nous a suggéré le sujet de notre thèse et a bien voulu accepter de la présider, nous voulons affirmer nos sentiments de profonde reconnaissance et nos hommages respectueux.

INTRODUCTION

« Procéder à l'accouchement sans danger pour la mère, avec le minimum de traumatisme pour l'enfant, tel doit être l'idéal de l'accoucheur. »

P^r PINARD.

Au cours de notre stage de gynécologie dans le service du Professeur Guyot, un jour, à la consultation, nous avons eu l'occasion d'observer, sur une malade, une infirmité peu commune. Il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel du vagin, survenu à la suite d'une grossesse dont le travail avait été particulièrement laborieux.

Les cas de ce genre étant très rares, le Professeur Guyot songea à nous en faire développer les causes et le traitement dans notre thèse inaugurale.

Ce sujet se borne donc à l'étude des cicatrices résultant de lésions vaginales causées, soit par des manœuvres obstétricales de toutes natures : forceps, basiotribe, versions; soit par des vices de conformation venant de la mère et du fœtus, soit enfin par des tentatives d'avortement.

Toutes les atrésies vaginales acquises à la suite d'inflammations de tous ordres : vaginites simples ou gonococciques tendant à passer à la chronicité, abcès du vagin sans rela-

tions avec l'accouchement, complications suppuratives d'une maladie infectieuse (telle que la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la syphilis), brûlures par injections de caustiques, doivent être laissées de côté, puisqu'elles ne sont pas l'aboutissant direct de l'accouchement.

On considérera dès lors que notre sujet se limite singulièrement et si nous devons nous en tenir à la remarque de Lyon, nous serions en droit de nous demander si vraiment il y a là sujet à thèse. En effet, il dit : « Parmi les causes d'atrésies vaginales, il faut ranger les traumatismes dont ce canal peut être le siège. Citons les déchirures qui peuvent survenir pendant l'accouchement. Nous n'avons pas d'observation de ce fait, mais nous croyons qu'il est rationnel d'admettre la possibilité de cette pathogénie. Il est vrai que lorsque la déchirure vaginale se produit, elle devient le point de départ d'une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale. Il est donc rare de voir la plaie se réunir par première intention. Cependant cet événement est possible. »

En 1887, Collinet constate que « au point de vue étiologique, il existe des brides vaginales qui succèdent à des éraillures du vagin à la suite du travail de l'accouchement par exemple, cependant le cas est très rare. »

Toutefois, depuis cette époque, déjà un peu lointaine, nos recherches nous ont permis de recueillir un nombre suffisant d'observations et ainsi, d'exposer très médiocrement notre sujet. Que le lecteur nous fasse bénéficier de sa grande indulgence.

Le plan que nous avons choisi est le suivant : Après un rapide historique sur la question, nous passerons à l'étiologie des atrésies cicatricielles survenant à la suite d'une lésion spontanée ou provoquée du vagin. Nous décrirons une rapide symptomatologie pour nous étendre davantage

sur le pronostic en cas, par exemple, de grossesse ultérieure possible. Le traitement comprendra :

1° Des considérations sur sa légitimité;

2° L'étude et l'énumération de différents procédés thérapeutiques et chirurgicaux.

Puis nous tirerons nos conclusions d'après les divers renseignements que nous auront apportés nos observations.

HISTORIQUE

La littérature médicale d'abord, la littérature chirurgicale plus tard, se sont, chacune presque à leur naissance, intéressées d'une façon plutôt distraite à la question des atrésies vaginales. Aussi loin que l'on remonte vers les premières manifestations scientifiques de la médecine, nous voulons parler des œuvres d'Hippocrate, nous voyons que, pour cet auteur, il est recommandé « d'appliquer, si les parties génitales sont rétrécies, un pessaire fait de graines d'anis et d'ache triturée ». Et il se contente de mentionner l'existence de matrices bouchées sans s'arrêter à d'autres commentaires.

Aristote, lui, est chirurgien quand il parle d'opérations sur le canal vaginal. Celles-ci sont d'ailleurs le plus souvent mortelles.

Celse propose l'incision cruciale et distingue les atrésies congénitales et acquises.

Plinie l'Ancien est du même avis et relate la malformation génitale de la Mère des Gracques,

Aetius d'Amide, au v^e siècle après Jésus-Christ, fait une classification rudimentaire des atrésies des voies génitales de la femme.

Vers 900, le pape Benoît IV publie une ordonnance permettant aux femmes atteintes d'occlusion vaginale le coïtus parte poste.

Avicenne établit deux classes d'atrésies vaginales :

1^o Celles qui s'opposent au flux menstruel;

2^o Celles qui empêchent le fœtus de sortir.

De plus il conseille de rompre le rétrécissement et de faire la dilatation au doigt.

Albucasis fixe d'une façon sérieuse une différence entre les rétrécissements congénitaux et acquis et propose comme traitement le bistouri pour sectionner les brides et ultérieurement le coït comme moyen de dilatation.

Du xiii^e au xvii^e siècle, successivement, Lanfranc, Guy de Chauliac, Paré, Barbette donnent des indications intéressantes sur la question, mais ne s'y arrêtent guère.

Schenck recolté tous les cas publiés avant lui.

Ruisch signale le premier, un cas de dystocie par cloison vaginale. Il dut inciser deux membranes pour rendre l'accouchement possible.

Plater opère une hématométrie survenue à la suite d'une atrésie vaginale acquise après un accouchement laborieux. Il y eut mort par péritonite.

Fabricius Hildanus, en 1642, observe la rupture d'une hématométrie dans le rectum. L'atrésie vaginale était encore due à un accouchement laborieux.

Senertus, en 1676, remarque des cas de démence produits par des douleurs intolérables, provoquées par rétention de règles dans l'utérus.

Alischer signale une rupture d'hématométrie dans la vessie, chez une femme dont le vagin était oblitéré.

Benevoli, consulté par une femme mariée se plaignant de ne pouvoir accomplir son devoir conjugal, fit à celle-ci

un traitement par la dilatation (racines de gentianes de plus en plus grosses, puis moëlle de hêtre écrasée, enfin grosse éponge et guérison).

Heister, Astruc, Becker, Morgagni, Schultze, Bas, Villette, Robin, Labadie-Lalande, Boyer, par leurs travaux, élargissent considérablement la question.

En 1821, Flamand opère une femme dont le vagin s'était atrésié à la suite d'un premier accouchement et qui de ce fait, présentait des rétentions de règles.

Ségalas communique à l'Académie de médecine de Paris, quelques années plus tard, un cas semblable à celui cité par Flamand. Ici encore rétention complète des menstrues.

En 1831, on fait connaître à la même Académie le cas d'une femme qui tente de se faire avorter en s'injectant un demi-verre d'acide sulfurique. Son vagin s'oblitéra et elle mourut.

Amusat fait encore avancer la question par son succès opératoire. Mais l'incertitude règne encore en ce qui concerne le diagnostic.

Puech publie deux monographies dans lesquelles il traite la question des atrésies vaginales. En 1864, il s'occupe des atrésies simples; en 1874, il nous éclaire sur les atrésies complexes.

Puis Delaunay donna dans sa thèse une vue d'ensemble sur les cloisonnements transversaux du vagin, d'origine congénitale, pendant que Laville fait un essai sur le traitement des rétentions des règles chez les femmes présentant des atrésies de leurs voies génitales. Lyon apporte sa contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux et acquis du vagin.

La Société de chirurgie de Paris, dans deux séances (1876 et 1885), consacre d'importantes discussions sur les atrésies.

En 1898, Picado énumère, dans un tableau général, les différentes causes des rétrécissements vaginaux acquis.

En 1901, Brindeau publie dans l'« Obstétrique » un article sur l'atrésie acquise du vagin au point de vue obstétrical et Huchon, dans sa thèse, envisage les rapports de celle-ci avec la grossesse.

Il faut encore noter la thèse de M^{lle} Antigone Mamikonian. Elle y étudie les ravages que peuvent provoquer dans un vagin des applications hâtives ou malhabiles de forceps.

Depuis lors, et pour arriver jusqu'à nos jours, il y a eu de nombreuses publications que nous mentionnerons et dont nous tirerons parti au cours de notre travail.

ETIOLOGIE

Impediuntur menses, coïtus et conceptio.

Le chapitre des atrésies vaginales acquises au cours de l'accouchement tient, dans quelques traités classiques d'obstétrique et de gynécologie, une place minime qui n'est vraiment pas en rapport avec son importance. D'après le Professeur Fieux, cela tiendrait, non pas à l'extrême rareté des cas, mais plutôt aux accoucheurs qui n'y verraient qu'un intérêt médiocre. Cependant, la question est liée très étroitement à la pathologie externe ainsi qu'à la médecine légale.

Dans la plupart de nos observations nous remarquons que les accouchées, au bout de quelques mois, rentrent à l'hôpital avec tous les symptômes d'une hématocolpos, d'une hématométrie ou d'une hématosalpinx; ou bien viennent consulter un chirurgien pour lui demander de leur refaire un vagin devenu impraticable et qui, dans ces conditions, était la cause d'un divorce imminent. Quant aux tentatives d'avortements qui se sont terminées par une fermeture complète du vagin, leur nombre est déjà bien trop grand.

Reconnaissons donc avec le Professeur Fieux que, si les accoucheurs prêtaient plus d'attention à ces complications tardives de la grossesse, nous n'aurions probablement pas à constater des statistiques semblables à celles de Neugebauer. Il rapporte, dans un ouvrage considérable, 469 atresies acquises. Kaset remarque que sur 36 cas d'occlusions vaginales, il faut en compter 20 dues au traumatisme de l'accouchement.

Quelles sont les causes de cette infirmité relativement fréquente ?

Nous envisagerons :

les causes maternelles;

les causes fœtales;

les causes par manœuvres obstétricales et instrumentales;

les causes diverses : avortements, infections.

I. — Causes maternelles.

Elles sont liées à trois facteurs principaux : le bassin, l'utérus et le canal vagino-vulvaire. Chacun de ces facteurs peut à lui seul provoquer une dystocie dont résulte l'accouchement laborieux.

a) *Bassins.*

Les bassins larges doivent suggérer à l'accoucheur une prudente méfiance au moment du travail, car l'utérus ne sentant pas ses efforts d'expulsion convenablement jugulés et également répartis à la surface du détroit supérieur, aura tendance à se débarrasser de son contenu le plus vite possible. Le fœtus, à peine guidé dans la filière, viendra se projeter dans le canal vaginal, qui n'aura pas eu le temps nécessaire de subir une distension progressive et suffisante, et y déterminera des délabrements considérables.

Les bassins étroits sont la source de bien des maux pour les infortunées qui les possèdent. Neugebauer dit: « L'étroitesse du bassin est une cause d'atrésie vaginale, car elle a pour résultat constant, dans les cas d'accouchements, une dystocie, l'emploi des forceps et, par eux, blessures des parties molles, causes de l'atrésie ». Heureusement que, si invariablement ils provoquent des dystocies et l'emploi des fers, le résultat n'est pas toujours une atrésie vaginale.

Les bassins généralement rétrécis constituent deux sortes d'obstacles à l'accouchement. Les premiers sont d'ordre mécanique. Les autres ne sont que la conséquence des premiers et dérivent du caractère des douleurs et de la contraction utérine qui pour Michaëlis serait renforcée dans les bassins aplatis. Le col se trouvant comprimé ne peut se dilater suffisamment et s'œdématiser. Un enclavement des parties fœtales est alors à craindre, qui peut faire éclater et le col et la partie haute du vagin œdématisé lui aussi par suite de transsudation du sérum et par les hémorragies capillaires. Celles-ci transforment les parois vaginales en tissus durs et friables qui ont tout lieu d'offrir une résistance considérable au glissement de la présentation fœtale.

Certains bassins, particulièrement les bassins rachitiques, possèdent de véritables épines osseuses ou des promontoires saillants. On comprend facilement qu'au moment où la tête fœtale vient à leur contact par l'intermédiaire de la paroi vaginale, celle-ci subit une compression intense, s'anémie et se rupture.

b) *Utérus.*

Il intervient de trois façons :

- 1° Par la violence trop grande de ses contractions;
- 2° Par son inertie;
- 3° Par vice d'implantation.

Dans le premier cas, le mécanisme est semblable à celui qui se passe dans les bassins larges : il y a éclatement par irruption brutale du fœtus dans la cavité, ou bien il y a

arrachement des culs-de-sacs; l'utérus prenant appui sur le bassin fait subir au vagin des tractions verticales. Celui-ci ne pouvant résister à une force qui lui est infiniment supérieure est littéralement arraché. Ces accidents peuvent se rencontrer par exemple à la suite d'une piqure inconsidérée d'ergot de seigle. (Francqueville.)

Dans le deuxième cas l'inertie utérine peut être primitive ou secondaire à des causes multiples : crise d'éclampsie, bassin rétréci, tumeur *prævia*, ergot de seigle mal dosé. Ici l'origine de l'atésie est aussi bien due à l'attrition des tissus par suite de la longue compression qu'ils ont subie du fait de la présentation fœtale, (et Pozzi dit à ce propos : « Une forte pression, mais agissant momentanément, paraît produire dans les tissus des lésions moins graves, qu'une pression légère mais de longue durée. Aussi, c'est quand l'accouchement se fait très lentement avec de faibles douleurs, qu'on observe les écrasements les plus complets. »), qu'à l'application du forceps qui est toujours nécessaire pour terminer l'accouchement.

Dans le troisième cas, l'axe de l'utérus est dévié : il y a anté ou rétroversion. C'est surtout dans l'antéversion que l'on constate des dégâts. Au moment de l'accouchement, le cul-de-sac postérieur, qui est le moins résistant, cède sous la pression exercée par le fœtus.

Il existe enfin certains états d'indolence, de nervosisme ou d'indocilité de la malade qui ont pour résultat de faire traîner en longueur le travail et de faire perdre son calme au praticien. Ces manifestations seraient imputées à des crises d'éclampsie, d'hystérie ou de débilité mentale.

Les déchirures vaginales provenant de l'effort de l'utérus sont très graves, parce qu'elles intéressent le plus souvent la paroi postérieure du vagin et empiètent sur le col. Or les lésions voisinent avec les gros vaisseaux et le péritoine. On se doute des complications redoutables qui peuvent alors survenir.

c) *Vagin.*

Le vagin devient dystocique lorsqu'il est d'une étroitesse primitive excessive et qu'il n'a aucune tendance à subir les modifications que la grossesse imprime à ses tissus musculaires et élastiques.

Le vaginisme dû à la contraction spasmodique, douloureuse et réflexe du constricteur du vagin peut intervenir dans l'étiologie des atrésies en créant une dystocie au niveau du releveur de l'anus et à l'orifice vulvaire. Dans ce cas, la tête fait une rotation prématurée par suite de la résistance du vagin contracturé; d'où augmentation considérable du diamètre antéro-postérieur du vagin et menace de rupture de la cloison recto-vaginale et d'attrition des parties molles.

L'orientation trop en avant de la vulve gêne beaucoup l'engagement et la déflexion de la tête, qui, en forçant, peut provoquer des lésions de la paroi postérieure et inférieure du vagin. D'ailleurs, voici l'opinion de Laforgue : « Pendant les contractions qui précèdent et accompagnent l'engagement de l'extrémité céphalique au détroit inférieur, la cloison recto-vaginale fait saillie à travers l'anus, entr'ouvert et dilaté. Si dans ce moment du travail, les contractions utérines étant trop énergiques, l'orifice vulvaire et le périnée résistent à la dilatation, la tête peut déterminer une rupture de la partie inférieure de la cloison et passer même dans le rectum. »

Mais ce sont surtout les cicatrices d'opérations vaginales qui sont susceptibles de causer de nouveaux dégâts, car, ici, la distension et l'élasticité des parois au moment de l'accouchement, ne sont pas partout égales; il y a des points de moindre résistance correspondant aux espaces cicatrisés. Ceux-ci sont friables, inextensibles et durs, à cause de leur manque de nutrition. La rupture se produira non pas au centre de la cicatrice, mais sur ses bords, où l'adhérence

avec les tissus sains est relativement médiocre. Plus cette cicatrice est irrégulière, plus grands sont les dangers d'arrachement secondaire. Gilles rapporte une observation dans laquelle il s'est produit, pendant le travail, un éclatement de la paroi postérieure du vagin, ayant pour point de départ une cicatrice de colpotomie, et Bonnaire dit à propos des cicatrices d'opérations vaginales considérées comme dystocie et cause éventuelle d'une déchirure vaginale pouvant entraîner une atrésie du canal : « Les faits de dystocie des parties molles liés à d'anciennes restaurations autoplastiques des organes génitaux externes sont malheureusement loin d'être exceptionnels. Trop souvent, le chirurgien, en voulant obvier à des désordres qui portent sur l'appareil sexuel de la femme et qui se manifestent pendant des périodes de repos puerpéral, ne se rend pas compte des obstacles artificiels qu'il apporte à la fonction principale de cet appareil, qui est la maternité. » Et Pouliot cite un cas dans lequel il dut faire rapidement une épisiotomie de fortune pour éviter une déchirure centrale du périnée. Il ajoute que sous l'effroyable distension qu'avaient eu à soutenir les tissus, leur vitalité était devenue si précaire qu'il y eut sur la plaie périnéale, et en particulier sur la lèvre droite, un sphacèle assez étendu, mais heureusement superficiel. Ce n'est qu'après seize jours de traitement qu'il put mener à bien une périnéoraphie immédiate secondaire .

Franck Pemberton, de Saint-Louis, nous met également en garde contre les méfaits possibles d'une colpopérinéoraphie, à la suite d'une déchirure du vagin et du périnée, ce canal ayant été refait trop étroitement ou la cicatrice ayant suivi un processus de rétraction sous l'effet de l'irritation subie au cours de l'accouchement.

II. — Causes fœtales.

Il faut distinguer celles qui ont trait aux malformations du fœtus et celles qui proviennent de ses différentes présentations.

Nous ne ferons qu'énumérer les premières pour mémoire. Ce sont les monstruosité de tous ordres, les gros enfants, les hydrocéphales, en général hérédosyphilitiques. Ici, l'attention doit être retenue plutôt par le degré de consistance du crâne que par son volume. Une grosse tête, en effet, se laissera assez facilement diminuer dans tous ses diamètres, tandis qu'une autre, d'un volume moindre, dont l'ossification est précoce (os wormiens) se verra bloquée au détroit supérieur. En vain, l'utérus essaiera-t-il de forcer l'obstacle et de le faire descendre, il n'arrivera qu'à transmettre aux parois vaginales une pression considérable à laquelle celles-ci n'opposent qu'une résistance passive qui finit par céder. A ce moment, le vagin est arraché. Mais une éventualité bien plus grave peut se produire : la rupture de l'utérus lui-même.

Les présentations fœtales ont toutes des inégalités de surface et, de ce fait, exercent des pressions inégales à leur passage sur les parties molles dont les tissus se distendent plus ou moins. Passons successivement en revue les principales :

Présentations du sommet.

Dans les cas les plus fréquents, c'est-à-dire dans les positions obliques antérieures, la tête fœtale peut se trouver gênée dans sa rotation et l'occiput, en prenant point d'appui sur l'une des deux branches ischio-pubiennes, oblige la face à glisser de côté. Celle-ci, à cause de ses irrégularités de surfaces peut érailler la paroi et même produire des déchirures latérales de la vulve. La rotation dans les

variétés postérieures est beaucoup plus considérable et la flexion du menton sur le sternum, amène la formation d'un bloc rigide. Celui-ci ne peut passer que si le crâne efface ses diamètres ou que si la courbure périnéale se redresse. Or, nous avons vu que l'effacement des diamètres craniens est en rapport avec leur degré d'ossification. D'autre part, si le périnée a déjà subi une intervention chirurgicale, il est douteux qu'il se prête à une tension supplémentaire. Que l'un ou l'autre de ces mécanismes ne répondent pas, l'accident est inévitable.

Présentations de la face.

La tête, après sa rotation, va se dégager en se fléchissant. Ce mouvement va amener une ampliation du périnée très défavorable car, à la vulve, la circonférence sous-mento-occipitale a 4 ou 5 centimètres de plus que la circonférence sous-occipito-frontale d'un sommet.

Présentations du siège

Le siège complet est la présentation idéale pour la muqueuse vaginale. Le contact se fait entre parties molles; par contre, le siège décomplété est capable de causer des dommages. D'après l'expression de Tarnier, les membres ainsi relevés forment attelles et empêchent quelquefois l'inflexion latérale du rachis. On a alors une présentation dépourvue de souplesse, qui vient traumatiser le segment le plus postérieur du périnée, s'y bloquer et en provoquer l'effondrement.

Présentations de l'épaule.

Ici l'accouchement naturel est d'emblée impossible. Ce ne sont pas seulement des délabrements des organes génitaux de la parturiente qu'il faut chercher à éviter, c'est surtout la vie de celle-ci qu'il faut sauver par une intervention d'urgence.

III. — Causes par manœuvres obstétricales et instrumentales.

Parmi les manœuvres obstétricales, nous signalerons surtout la version que l'on pratique pour corriger une position ou une présentation. Ici, le danger qui menace le vagin est causé par la main, toujours un peu aveugle, qui y pénètre. Cette main travaille dans un milieu plus ou moins enflammé et œdédié. Par sa présence, elle provoque une surdistension et une compression des parois; la circulation gène ne nourrit plus suffisamment les tissus qui s'anémient et par là, deviennent moins résistants. La limitation des efforts et des mouvements est primordiale. Aussi bien, quand une partie fœtale a dépassé le col, le médecin doit s'appliquer, par des manœuvres délicates et lentes, à la faire rentrer dans l'utérus.

En voulant dilater un col, on a parfois dilaté un cul-de-sac postérieur.

Il est indiqué, dans une présentation volumineuse, de soutenir le périnée mais non de le refouler violemment.

Proscrire les touchers fréquents, les dilatations vulvaires, éviter le plus possible les injections vaginales, qui n'ont qu'un résultat, celui de balayer le mucus vaginal dont le rôle est très important en facilitant le glissement du fœtus. Des parois rendues sèches et rugueuses s'appliqueront intimement sur la présentation. Celle-ci, sous l'influence des contractions utérines, entraînera la muqueuse dans son mouvement de descente et en provoquera le décollement.

Les manœuvres instrumentales s'imposent dans des cas bien déterminés. Il est reconnu que les accouchements dits lents ne sont dangereux ni pour la mère ni pour l'enfant. Cependant, il ne faut pas attendre l'épuisement complet des contractions utérines ni l'apparition de tous les signes

de souffrance du fœtus pour intervenir. Mais bien avant d'arriver à ces extrémités, que d'erreurs sont commises.

La première est de ne pas savoir appliquer son forceps et M^{me} Lachapelle souligne la faute la plus commune faite dans ce cas. « Les lésions produites par des instruments conduits par des mains ignorantes, se remarquent presque toujours en arrière. Cela tient à la direction de l'axe du détroit inférieur, dans lequel ces instruments sont toujours poussés alors. »

On a posé des forceps sur des cols qui n'étaient pas complètement dilatés ni effacés : résultat, arrachement du col et d'une partie du vagin. Les cuillères peuvent même pénétrer dans l'abdomen, si la main ne prend pas soin de contrôler la position de la lèvre postérieure du col.

Vouloir faire un forceps au détroit supérieur est aujourd'hui considéré par la plupart des auteurs comme une erreur professionnelle; l'ancienne conception, qui voulait que le forceps soit capable de réduire une tête, a donné trop de désastres et a été abandonnée. Si on saisit une tête mal fléchie, si on redresse le forceps alors que l'occiput n'a pas fini son engagement, on provoque une surdistension inutile du vagin.

Il ne faut pas faire de prise sur une tête trop grande ni trop petite, ni macérée, car le forceps une fois en place peut déraiper et labourer le canal.

En obstétrique plus que partout ailleurs, il faut de la patience et intervenir avec une force et une adresse convenablement dosées. Une application de forceps correctement faite peut délabrer un vagin si l'extraction est faite avec brusquerie.

L'emploi du basiotribe, du cranioclaste nécessitent la même prudence. Quant aux embrystomes, crochets à décolation, ils sont d'un maniement très dangereux. Une main peu experte peut les faire pénétrer dans les tissus maternels qu'ils dilacèrent.

La symphyseotomie met les parois du vagin en fâcheux état de moindre résistance. L'écartement des arêtes du pubis fait tendre les tissus. Ceux-ci n'étant plus soutenus par ce pont osseux qui compensait la forte pression exercée sur eux ont tendance à s'effondrer.

IV. — Causes diverses, avortements, infections.

Par causes diverses, nous entendons tous les accidents qui, en dehors de la déchirure franche des parois vaginales sont susceptibles de favoriser un rétrécissement cicatriciel.

L'hématome du vagin, survenant pendant l'accouchement, a un mécanisme très simple : ou bien il y a distension des tissus et ruptures vasculaires, ou bien, d'après les recherches de Perret, il y a décollement plus ou moins étendu et hémorragie par arrachement d'une multitude de petits vaisseaux. C'est la tête fœtale qui, principalement dans les positions postérieures, en faisant sa rotation, amène l'occiput sous le pubis en tordant la muqueuse vaginale. Celle-ci se décolle de ses parties sous-jacentes sans se déchirer en formant un espace virtuel qui se remplit aussitôt de sang. Ainsi se constitue l'hématome, qui peut être superficiel ou interstitiel. S'il se rupture et s'infecte, les plaies vaginales, parfois minimes, sont la plupart du temps largement déchirées, la mortification et la suppuration plus ou moins grandes des tissus peut aboutir à la gangrène. Quand de pareils processus s'établissent, ils laissent plutôt qu'une atrésie, une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale dont Perret a observé un cas en 1864. A l'heure actuelle, le médecin, avec les moyens antiseptiques dont il dispose, doit guérir radicalement tout hématome du vagin.

A l'encontre de ce que l'on pourrait croire, les kystes, au même titre que l'hématome, ne semblent pas être bien dangereux. Voici l'opinion de M. le docteur Balard à ce sujet. « A moins d'un volume excessif, les kystes suppurés du

vagin sont généralement sans action sur la fécondation; leur présence n'entrave en rien la grossesse. Ils peuvent évidemment être une cause de dystocie s'ils ont un certain volume; ils ne nécessitent généralement pas d'intervention et ne gênent en rien, d'habitude, le passage du fœtus. Par contre, leur rupture est fréquente. L'infection consécutive à l'ouverture de ces kystes suppurés est assez rare. »

Les Bartholinites ne l'inquiètent guère davantage. « Au cours du travail la bartholinite n'est pas une cause de dystocie. Elle constitue seulement un léger obstacle à cause de l'œdème qui l'accompagne et favorise les déchirures périnéales. »

Les petites érosions et inflammations peuvent s'infecter secondairement et donner des collections suppurées très importantes. Cela commence par un petit abcès de la paroi qui peut se terminer par un phlegmon. Hubert de Louvain, dans son traité d'accouchements, parle d'une femme dont le vagin était tellement rétréci par un anneau fibreux situé à 6 millimètres de la vulve, qu'il ne put introduire que l'extrémité du doigt. Cet anneau était la cicatrice d'un phlegmon intrapelvien, survenue à la suite d'un accouchement et dont l'ouverture s'était faite dans le vagin.

Le docteur Tullio Meneghini rapporte un cas très curieux. Il opéra d'un hematocolpos une malade qui, sept mois auparavant, avait accouché normalement malgré une version podalique. Les suites des couches furent normales, mais il persista une vaginite provoquant un prurit intense dans la région vulvaire. Pour calmer celui-ci, une voisine indiqua des applications de miel sur les parties enflammées, en guise de pommade. La femme suivit ce conseil pendant quatre jours, mais n'en tira aucun bénéfice, au contraire, les phénomènes ne firent qu'augmenter d'intensité et bientôt une atrésie se forma. Se rappelant les travaux de Paroli sur la vulvo-vaginite due au blastomyces chez les diabétiques, dont le sucre des urines entretiendrait la vitalité,

Meneghini suppose que le miel fut ici un milieu de culture remarquable pour un champignon de la même famille, hôte saprophyte habituel du vagin chez les femmes enceintes, qui aurait, par son développement et sa virulence inaccoutumée, déterminé de profondes ulcérations sur des tissus déjà très irrités.

Pendant la gestation, il est bon de surveiller l'hygiène de certaines malades car une vaginite plastique exacerbée par la grossesse peut parfaitement aboutir à une sténose du vagin. Mercier et Vialle ont divulgué un cas de ce genre; Herzfeld également.

L'observation de Filipowitsch prouve qu'après un accouchement laborieux, il y eut secondairement une paravaginite adhésive qui ferma tout le cul-de-sac gauche.

Rétière cite une femme dont le travail avait duré trois jours et qui, cependant, n'avait subi aucune manœuvre obstétricale, ni application de forceps et cependant il y eut, dans les suites de couches, une lésion ulcéreuse de la paroi latérale du vagin. Pozzi a donc raison en disant que « la rupture complète des tissus est peu fréquente, mais le plus souvent elle se fait secondairement dans les suites de couches, par la propagation de la destruction gangréneuse, par le ramollissement et la chute des escharres développées aux points comprimés ».

S'il faut veiller à l'aseptie des voies génitales pendant la gestation, il faut, après la délivrance, redoubler de précautions. Les injections ont de grands dangers si elles sont faites inconsidérément. Nous en avons de lamentables exemples dans les observations de Ferraciu, de Fournier, de Tissier.

Il en est de même des cautérisations au moyen de substances caustiques, telles que le néofilhos ou le nitrate d'argent. (Reeb.)

Tous ces faits doivent être retenus et rappelleront « qu'après un accouchement laborieux, alors même qu'on n'a pas

de déchirures à constater, des soins attentifs et minutieux à propos de l'état des parois vaginales, col, etc., sont nécessaires en prévision des conséquences. Les processus soit inflammatoires, soit ulcéreux, les métrites, périmétrites, leucorrhées et autres affections pouvant se développer après accouchement laborieux, peuvent aboutir tôt ou tard à l'atrésie cicatricielle ». (Picado, Thèse de Genève, 1898.)

Les avortements naturels sont quelquefois causes de rétrécissements du vagin. A la suite de ces accidents, il persiste un état inflammatoire qui donne naissance à une vaginite aiguë avec ulcérations; une rétention placentaire, avec hémorragies consécutives, s'infectant secondairement, tels sont les processus habituels.

Mais ce sont surtout les avortements criminels qui forment la liste la plus longue des observations; les intéressées choisissent pour cette opération, de préférence un liquide caustique (acide sulfurique, ammoniacque, vinaigre, bichlorure de mercure), qui, le plus souvent, n'a pour résultat, que de déterminer une brûlure de la muqueuse, détruisant l'épithélium, le tissu musculaire et conjonctif. Une fois leur élimination faite et la suppuration tarie, il y a un accollement des surfaces avivées et formation d'un large bloc de tissu cicatriciel fermant le vagin plus ou moins complètement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège et nature des lésions.

Le vagin, en dehors des périodes puerpérales, est une cavité virtuelle, dont les parois, épaisses de 3 à 4 millimètres, sont en contact permanent l'une avec l'autre et formées par trois couches : l'externe, conjunctivo-élastique; la moyenne, musculieuse, est la plus épaisse et possède des fibres longitudinales et circulaires; l'interne ou muqueuse, contient un feutrage de tissu élastique et conjonctif recouvert par un épithélium pavimenteux stratifié.

Pendant la grossesse, sous l'effet de la distension, le vagin prend la forme d'un cône à base utérine et à sommet vulvaire. Cette diminution progressive des diamètres explique les ruptures basses; d'autant plus qu'à ce niveau, le plancher ano-périnéal, faisant suite au plan incurvé du sacrum et du coccyx, doit supporter la pression considérable que ceux-ci, du fait de leur direction, exercent sur lui en poussant en avant la tête fœtale, en train de se défléchir.

La constitution anatomique du vagin montre que ce sont sa paroi postérieure et son cul-de-sac les plus exposés. Ils correspondent à l'espace décrit par Doléris et Lenoble, sous le nom de sinus rétro-périnéal. « Ce point précis, limité

en avant par le transverse profond et le constricteur de la vulve, en arrière par le releveur de l'anus, est privé de tout soutien musculaire et exclusivement constitué par l'adossement des cloisons vaginale et rectale. Au cours de l'accouchement, en effet, la portion antérieure du releveur de l'anus est comme dissociée en cet endroit en une série de fascicules peu épais, séparés les uns des autres. Cet espace correspond en arrière à la partie la plus saillante de l'ampoule rectale et nous proposons de le désigner sous le nom de sinus rétro-périnéal. Il peut devenir le point de départ d'une variété très spéciale de ruptures profondes du périnée, différant des ruptures centrales, par ce fait que le rectum est largement intéressé dans la déchirure et qu'une partie fœtale plus ou moins considérable peut apparaître et tendre à se dégager par l'anus ». En outre, s'il est moins soutenu, le cul-de-sac postérieur est le plus distendu; et, comme il se trouve au sommet d'un angle formé par l'union de l'utérus et du vagin, il peut être le siège de lésions occasionnées par des manœuvres obstétricales ou instrumentales que nous avons déjà signalées.

Les culs-de-sacs latéraux manquent d'élasticité mais sont, par contre, très résistants. Quand ils se déchirent, ils ne font, le plus souvent, que prolonger une lésion utérine. Cet ordre de lésions est très grave par suite des ruptures vasculaires et des hémorragies qui en résultent.

Le cul-de-sac antérieur est peu profond et bien protégé par sa situation rétro-pubienne. A l'encontre de son vis-à-vis, le cul-de-sac postérieur, il a peu de tendances à se déchirer sous l'effet de la distension, mais il subira des compressions beaucoup plus fortes; ses parois se trouvant coincées entre les plans osseux de la tête fœtale et du pubis, seront écrasées d'emblée ou présenteront, à la suite de l'ischémie prolongée, des escharres secondaires.

D'après les professeurs Pinard et Segond, il y aurait une résistance plus grande de la partie inférieure du vagin

chez les primipares, ce qui expliquerait qu'elles présentent plutôt des lésions vulvaires, alors que le contraire se produirait chez les multipares.

Si l'on essaie de faire une description des cicatrices d'après leur siège, on peut dire en général que, au cul-de-sac postérieur, elles sont de direction surtout transversale ou oblique; au milieu du vagin, elles sont longitudinales et siègent sur les parois latérales davantage que sur la ligne médiane; à la vulve, elles sont transversales.

Leur épaisseur est très variable et se mesure soit par millimètres soit par centimètres, suivant que l'on a affaire à une simple bride diminuant le calibre vaginal ou à un bloc de tissu compact, oblitérant complètement le conduit.

Leur forme aussi est capricieuse. Elle dépend du caractère des plaies. En particulier, lorsqu'il s'agit d'une lésion déterminée par des instruments, Weit dit : « Dans les déchirures du vagin, même s'il n'y a pas d'infection, il y a une formation cicatricielle qui n'intéresse pas seulement la muqueuse superficielle, mais aussi les couches profondes du tissu conjonctif. Dans presque toutes ces formes de blessures, suites des mouvements violents imprimés aux instruments, la plaie est plus ou moins annulaire et la cicatrisation correspondante devient hélicoïde. Il n'est pas rare, si la plaie est étendue, de voir une oblitération complète du vagin sur un long espace ou bien formée par une cicatrice annulaire d'une grande dureté et d'une grande étendue. »

Leur consistance est faible ou résistante, suivant que le processus cicatriciel s'est effectué dans un milieu infecté ou non. Si le milieu n'est pas infecté, il y a réunion per primam, mais s'il est septique, la plaie suppure, la cicatrisation est lente et il y a formation de tissu fibreux augmentant la résistance et la dureté de l'atréisie.

La coloration est en rapport avec la densité et l'épaisseur de la cicatrice : les petites brides sont rougeâtres ou gri-

sâtres, les fortes rétractions sont surtout blanchâtres, donnant quelquefois un aspect nacré à leur centre, tandis qu'à la périphérie il existe une teinte violacée.

Il peut, dans un même vagin, y avoir à la fois plusieurs diaphragmes.

Relevons les caractères distinctifs des rétrécissements congénitaux décrits par Lyon dans sa thèse. « Lorsque la bride est congénitale, elle est ordinairement unique, circulaire, lisse et régulière, percée d'un orifice central et situé à l'union des tiers moyen et supérieur » ; et par Delaunay : « Il nous paraît presque impossible, et tout le monde, croyons-nous, sera de notre avis, que les cloisons cicatricielles présentent la régularité, la minceur, le poli qu'affectent les cloisons membraneuses d'origine congénitale. Les plaies, les inflammations, les ulcérations pourront produire des brides à direction variable, une coarctation circulaire ou partielle du vagin, mais jamais une véritable cloison membraneuse ».

On voit que les caractères des rétrécissements acquis sont diamétralement opposés à ceux des premiers cités.

L'examen microscopique révèle, dans les cloisons minces, une structure constituée par l'accolement de deux muqueuses séparées par une légère couche de tissu cellulaire ; quand l'épaisseur est plus considérable, il y a en plus, présence de tissu élastique en quantité variable (Scanzoni).

Le Professeur Guyot a fait examiner un fragment de la cicatrice qu'il a extirpée chez notre malade. Voici les résultats rapportés par le laboratoire.

La pièce est constituée par une épaisse masse fibreuse assez homogène dans toute son épaisseur. Elle est formée par des trousseaux fibreux épais, denses, à structure nettement fibrillaire, ondulée et enchevêtrée. Dans leur intervalle, sont disséminées des cellules fixes à noyau assez volumineux, très net et à protoplasma assez réduit et clair.

Rarement, on trouve quelques trainées ou quelques amas de cellules un peu plus nombreuses.

Dans toute l'épaisseur de cette couche fibreuse, les vaisseaux sont nombreux, béants, et contiennent un assez grand nombre de globules sanguins; les uns ont une coupe arrondie et présentent une tunique musculaire de une ou deux couches de cellules; d'autres sont irréguliers, sans parois propres et tapissés d'un épithélium posé à même le tissu fibreux.

Nulle part, on ne voit trace d'inflammation aiguë ou chronique.

Du côté muqueux, le massif fibreux est tapissé par un revêtement cellulaire pavimenteux parfaitement formé, avec tous les caractères de la muqueuse vaginale normale, sans quantité inusitée de cellules migratrices.

L'autre face du massif fibreux présente des lambeaux de tissu musculaire à fibres lisses, dont les cellules sont disposées en tourbillons ou en amas irréguliers.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Dans les atrésies vaginales acquises ayant pour cause soit une maladie infectieuse : diphthérie, variole, soit un accident : traumatisme ou brûlure, viol, etc., on conçoit qu'il soit très difficile de suivre le processus atrésiant du vagin, celui-ci étant très lent et ne ressemblant à l'origine en somme, qu'à une suppuration banale. De plus, il manque le plus souvent les symptômes indiquant la présence du rétrécissement, étant donné que les différentes causes énumérées se rencontrent dans le jeune âge ou à une époque à laquelle le vagin n'a encore aucune fonction à remplir. Ainsi l'infirmité acquise peut rester longtemps inconnue pour n'être révélée quelquefois qu'à l'occasion du mariage.

Il en est bien autrement dans les rétrécissements résultant des traumatismes de l'accouchement. Comme pour les précédents, le processus aboutissant à l'atrésie est le même : l'infection locale avec suppuration. Il y a toujours une période assez longue et indéterminée entre la lésion obstétricale et la formation de sa cicatrice. On voit apparaître d'abord des pertes, qui ne sont qu'un prolongement des lochies normalement éliminées après l'accouchement;

puis ces pertes deviennent purulentes, s'accompagnent de caillots sanguins, d'éliminations de lambeaux tissulaires, puis tout semble rentrer dans l'ordre et la guérison paraît établie.

Mais bientôt, au bout du deuxième mois qui suit la grossesse, alors que les règles devraient réapparaître avec la même régularité, la même abondance qu'avant l'accouchement, la patiente se plaint de douleurs violentes accompagnant des menstruations minimes qui vont diminuant de plus en plus à chaque période, pour aboutir à l'aménorrhée pendant que la douleur, au contraire, s'accroît en raison inverse, pourrait-on dire, de l'écoulement menstruel.

A côté de ces symptômes, il faut citer le coït, devenu incomplet et douloureux d'abord, puis impossible, les troubles intestinaux et urinaires, des céphalées atroces. Une fois l'infirmité définitivement installée, la malade se trouve dans un état d'infériorité lamentable et, aux troubles physiques, ne tardent pas à s'ajouter les troubles mentaux : neurasthénies, idées de suicide, hystérie, etc...

Le diagnostic positif est évident. L'histoire de la maladie, l'examen objectif par le toucher rectal et vaginal, quand il s'agit d'un rétrécissement partiel, la symptomatologie de l'hématocolpos, de l'hématométrie, avec ou sans hémato-salpinx, s'ajoutant à ceux-ci, quand il s'agit d'une atrésie complète, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'affection ni permettre la moindre discussion d'un diagnostic différentiel avec tous autres rétrécissements vaginaux acquis d'origine par exemple diphtérique, typhique, cholérique, traumatique, etc...

C'est pourquoi, de cette symptomatologie et de ce diagnostic, nous nous contentons de ne faire qu'une simple mention.

PRONOSTIC

Le pronostic est à envisager suivant que l'on a affaire à des rétrécissements cicatriciels partiels ou complets.

Dans le premier cas, les règles trouvent encore une voie suffisante d'écoulement et de ce côté il n'est à craindre aucune rétention. Il en est autrement si l'on envisage la possibilité d'une nouvelle grossesse. Ici, tous les auteurs s'accordent sur un pronostic très réservé. Delmas dit : « Les rétrécissements cicatriciels du vagin jouissent de la plus mauvaise réputation du fait de leur inextensibilité. Souvent une opération césarienne a dû être pratiquée pour tourner l'obstacle ».

Audebert constate que le pronostic est différent suivant que l'on a affaire à un rétrécissement congénital ou acquis. Dans le premier cas, il n'y a pas en effet de tissu cicatriciel et le vagin a conservé sa souplesse et son élasticité normales, alors qu'il en est bien autrement dans les rétrécissements acquis. D'où une différence capitale dans la conduite à tenir en cas d'accouchement.

Ferré est moins affirmatif : estimant qu'il est très difficile d'apprécier la qualité et surtout l'étendue du tissu cicatriciel, il est donc fort délicat de préciser la conduite à tenir.

D'ailleurs, rappelons la phrase de Weit décrivant l'anatomie pathologique des différents tissus cicatriciels du vagin. « Dans les déchirures du vagin, même s'il n'y a pas d'infection, il y a une formation cicatricielle qui n'intéresse pas seulement la muqueuse superficielle, mais aussi les couches profondes du tissu conjonctif. Dans presque toutes ces formes de blessures, suites de mouvements violents imprimés aux instruments, la plaie est plus ou moins annulaire et la cicatrice correspondante devient hélicoïde. Il n'est pas rare, si la plaie est étendue, de voir une oblitération complète du vagin sur un long espace, ou bien formée par une cicatrice annulaire d'une grande dureté et d'une grande étendue. »

Donc, étant donné la multitude des formes et des circonstances que peuvent présenter ces atrésies partielles, il est le plus souvent très difficile d'établir un pronostic certain. Il arrivera que le praticien, ayant envisagé un bon pronostic, établi par un toucher approfondi, lui faisant apprécier des cicatrices en voie de ramollissement, constate, mais trop tard, au moment de l'expulsion fœtale, la présence d'une barrière fibreuse inextensible et infranchissable. Dans ces conditions, il faut intervenir très rapidement soit par la césarienne, qui est périlleuse en elle-même, et par ses complications infectieuses, soit par des incisions des brides, puis application du forceps, voir du céphalotribe. Or, dans un vagin délabré, il est très difficile de guider ces instruments où ils risquent d'être retenus par des lambeaux de cicatrices incisées. Toutefois, si les résultats sont la plupart du temps désastreux, il arrive que l'on constate des succès, mais ici l'atrésie ne tarde pas à se reconstituer. C'est à ce résultat qu'aboutissent plusieurs de nos observations.

En ce qui concerne les atrésies complètes du vagin, la complication la plus sérieuse qui assombrit le pronostic, est la rétention des règles. Suivant le siège de la sténose on a,

soit un hémato-colpos, correspondant aux lésions bas situées, soit un hématomètre et même un hémato-salpinx, correspondant aux lésions haut situées.

Ces différentes affections laissées à elles-mêmes évoluent le plus souvent vers la rupture qui condamne la malade à mort presque à tous coups, soit que l'ouverture se fasse dans le péritoine, et alors le mieux que l'on puisse souhaiter est la formation d'une hémato-cèle rétro-utérine, soit qu'elle se fasse à l'extérieur, et ici l'écoulement est si rapide que la mort peut s'en suivre.

Leur traitement est simple en théorie et consiste le plus souvent en une ponction ou une incision de la membrane obturatrice. Il est formellement indiqué de ne pratiquer qu'une ouverture minuscule et d'éviter une sortie par flots du liquide retenu, ce qui amènerait inmanquablement une hémorragie secondaire a vacuo. Mais si l'on considère l'état anatomique de la membrane, il arrive que l'on ait à faire une véritable opération, qui a pour but de chercher à cli-ver les différents plans, ce qui rend l'exploration infiniment moins aveugle et enlève tous les risques d'une incision qui, au lieu de créer une voie d'accès vers le col utérin, pénétrerait dans la cavité abdominale.

Les suites de ces diverses rétentions peuvent se compliquer d'infection, étant donné le milieu essentiellement septique qu'est le vagin, et l'on assiste alors à des phénomènes péritonéaux, puis généraux, qui font porter un diagnostic fatal.

Il existe un autre processus au cours duquel, dans un premier stade, les organes et leur musculature s'hypertrophient pour réagir et contenir cette sorte de sécrétion périodique qu'est la menstruation. Or, il est une loi qui dit : « Toute rétention complète d'un produit normalement sécrété a pour effet nécessaire de diminuer d'abord, d'arrêter ensuite cette sécrétion », et Puech a démontré que dans les atrésies vaginales, la congestion utérine et les règles dimi-

nuaient et que les complications survenaient toujours avant le stade de tarissement.

Dans une seconde période, l'épanchement sanguin comprimant la muqueuse vaginale, l'épithélium de celle-ci, de pavimenteux qu'il était, va s'étirer, s'amincir pour finalement disparaître et laisser un vagin constitué par des parois conjonctives. Au niveau du col et de l'utérus, l'épithélium cylindrique résiste plus longtemps, mais finit par disparaître également. Le processus destructeur remonte aux trompes, qui deviennent des bandes fibreuses et conjonctives. De son côté, l'ovaire réagit d'abord par petites hémorragies, qui aboutissent à l'hématome, celui-ci comprime les follicules et amène leur atrophie.

Donc, enkystement de la tumeur sanguine avec dégénérescence des organes génitaux aboutissant à la constitution d'une insuffisance ovarienne, telle est, peut-être, l'évolution la moins fâcheuse, au point de vue vital, à laquelle conduit une atrésie vaginale.

TRAITEMENT

Avant d'entreprendre l'étude du traitement, il est logique de discuter la légitimité de l'intervention. En dehors de l'évidence qu'il y a à intervenir pour arrêter les troubles physiques et physio-pathologiques consécutifs à l'atrésie, une question se pose : le chirurgien a-t-il le droit de faire courir un risque de mort à la malade sous prétexte de la soulager et de la guérir d'une infirmité particulièrement pénible, qui atteint sa vie affective et morale ? Dans son livre « Mariage et Divorce », Tissot a bien défendu et démontré la nécessité et la moralité de l'acte sexuel stérile. « Il s'agit de savoir, dit-il, si la cohabitation dans le mariage, sans autre but que la jouissance, est permise. Si la solution est négative, il faut condamner le commerce conjugal pendant la grossesse, après l'âge de retour et avec une femme stérile, ce qu'on ne fait point. Si la solution est affirmative, comment la concilier avec le devoir du respect de la dignité humaine ? Ce genre de relations déshonore l'homme, suivant les uns, et se trouve ainsi condamné

absolument. Suivant les autres, c'est tout à la fois l'expression de la tendresse et l'usage raisonné, prudent, d'un instinct qui a ses exigences et ses lois, mais qui, dans l'homme, doit être subordonné à une plus haute faculté. Les uns ont contre eux la pratique universelle, leur propre décision dans les cas tout à fait analogues. Les autres semblent être condamnés par la raison lorsqu'elle n'envisage le fait qu'au point de vue des fins purement animales de la nature humaine. Pour que ceux-ci trouvent grâce au tribunal de la raison, il faut partir d'un point de vue plus large, de l'ensemble des fins du mariage et non seulement d'une. Dans cet ensemble, se trouve aussi la preuve d'une mutuelle tendresse, où l'on recherche plutôt le bonheur de son conjoint que le sien propre, ou l'on cherche le sien dans celui d'autrui. A ce point de vue, la cohabitation volontairement inefficace, ne déshonore pas l'homme : elle est si peu animale, que l'homme, au contraire, en est seul capable. On trouverait jusque dans les lois physiologiques qui président à cette fonction chez l'homme et chez un grand nombre d'animaux, chez tous peut-être, qu'ici le suprême ordonnateur des choses a voulu laisser à l'homme une liberté dont il a voulu priver les brutes. »

Or, ici, le rôle du chirurgien est de restituer à la malade une fonction primordiale sans laquelle elle se trouve en état d'infériorité sociale : impossibilité de créer une famille et de satisfaire ses besoins d'affection. En intervenant, on a pu empêcher des suicides, voir la pratique d'actes contre nature, ainsi que l'attestent nombre de nos observations.

L'intervention est donc non seulement légitime, mais morale, et la réfection du vagin apparaît non pas comme une simple opération de complaisance mais bien comme une opération de nécessité.

Le traitement médical n'existe pas, ou plutôt il est uniquement symptomatique et s'occupe à calmer les douleurs

au moyen d'analgésiques, de bains locaux, d'applications de produits émolients.

Le traitement chirurgical est ici seul maître. Il convient d'étudier et de passer en revue les différentes méthodes qui ont été préconisées.

I. — La dilatation.

N'est à citer que pour mémoire, car elle n'a jamais donné de résultats sérieux. Au contraire, en agissant de cette manière sur un tissu cicatriciel, on risque d'exciter le processus et de rendre le rétrécissement encore plus serré. Ce procédé a été le premier utilisé; on se servait soit d'éponges, soit de racines de gentiane, soit de la moëlle de hêtre, soit de lamineires, soit des tamponnements. Dans des temps plus rapprochés, on s'est servi d'instruments tels que bougies coniques élastiques, spéculums ou bougies de Heggar.

II. — L'incision.

A ne préconiser que dans les cas de brides simples et minces. Il convient de la faire parallèlement à la surface de la muqueuse vaginale de façon à écarter les surfaces cruentées, des parois vaginales. Il suffit ensuite de mettre des tampons et une fois la cicatrisation terminée, de faire de la dilatation progressive. De cette façon, le succès opératoire est très probable.

III. — L'incision, l'excision avec suture.

Indiquée surtout lorsque l'on a affaire à un rétrécissement annulaire. On commence par faire un débridement

vaginal bilatéral à la Schuchardt consistant en une incision qui, partant assez haut sur la face latérale du vagin, coupe latéralement la vulve et le périnée. Il a pour but d'agrandir l'orifice et par là de faciliter l'accès du champ d'opération. Dans un deuxième temps on fait l'excision. Une fois excisée la masse cicatricielle, on suture les deux bords de la plaie, puis on place des mèches goménolées et une sonde de Petzer dans la vessie. Ainsi le calibre du vagin n'est pas diminué. Le seul inconvénient réside dans le raccourcissement de la longueur du canal.

IV. — L'excision avec greffe ou hétéroplastie.

Cette méthode consiste à exciser le tissu cicatriciel, dans un premier temps, puis, dans un deuxième temps, on dilate le vagin au moyen de tampons de gaze iodoformée, et, dans un troisième temps, on pose la greffe, qui est par exemple une muqueuse intestinale d'un animal, le lapin généralement, ou bien une muqueuse humaine.

Pour fixer cette greffe, plusieurs procédés entrent en compétition :

Ou bien on en tapisse les parois vaginales avivées; et, après l'avoir fixée par des points séparés au catgut, on bourre la cavité de tampons qui ont pour triple but d'aider à maintenir en place les lambeaux, d'empêcher les parois de s'accoler et de jouer le rôle de dilatateur.

Ou bien on emploie le manuel opératoire suivant (Mackenrodt) : 1° incisions aux ciseaux portant sur l'interstice des cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale;

2° Division des tissus aux doigts ou avec instruments mousses, en ayant soin de ne perforer aucune des cloisons, jusqu'à l'orifice du col que l'on met à nu. Celui-ci est dilaté.

3° On tamponne, avec de la gaze iodoformée. Le tampon est renouvelé tous les deux jours;

4° Au moment où la plaie commence à bourgeonner, on prépare la malade, on l'amène à la salle d'opération pendant que le chirurgien opère une autre femme d'un prolapsus utérin. Dans la muqueuse vaginale ainsi extirpée, on taille des lambeaux, de telle sorte qu'il y ait le moins possible de tissu sous-muqueux, et l'on fait la transplantation de vagin à vagin. Les lambeaux sont pliés en deux, de façon à mettre en contact les deux surfaces cruentées. Pour les fixer, on fait un tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. On laisse à demeure pendant dix jours, durant lesquels la malade doit rester immobile au lit. Une sonde est introduite dans la vessie.

Ou bien un autre procédé (Mackenroth) consiste à pratiquer en bloc la transplantation de toute la muqueuse vaginale du sujet dont l'utérus est prolapsé. Pour ce faire, les lambeaux sont appliqués et cousus ensemble en forme de tube, la surface épithéliale tournée en dedans, sur un spéculum de Cusio stérilisé, chauffé et tenu à moitié ouvert. On a soin de laisser entre ces lambeaux de petits interstices pour l'écoulement des produits de sécrétion. En outre, à la partie supérieure de ce cylindre épithélial, on dispose quelques fils de soie en anse, afin de pouvoir retirer le spéculum du vagin en y abandonnant le tube épithélial. On a soin, au fur et à mesure que l'on enlève délicatement le spéculum, de bourrer la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée. Ce tampon est retiré, comme dans le procédé ci-dessus, au bout de dix jours. Une sonde est également placée à demeure dans la vessie. Quant aux fils de soie, on les enlève trois semaines après et même plus tard. Si l'un des lambeaux se mortifie, on procède immédiatement à une nouvelle greffe partielle.

Cette méthode est excellente quelque soit le procédé em-

ployé. Elle évite les récurrences. L'inconvénient de l'excision avec suture amenant des raccourcissements de longueur du vagin ne se retrouvent pas ici. Quant à l'emploi de muqueuse vaginale humaine comme greffe, il évite les desquamations épithéliales et rend rapidement sa sensibilité à la muqueuse du nouveau vagin.

V. — L'autoplastie

Comme pour l'excision avec greffe, le manuel opératoire est le même. La différence réside en ce que ici, la greffe est prise sur l'individu lui-même. C'est donc le troisième temps de l'opération qui est modifié. Trois méthodes principales sont à considérer : la française, l'indienne et l'italienne.

La méthode française, encore appelée par glissement, consiste à remédier à la perte de substance, en faisant glisser les tissus voisins sur cette dernière, et à les réunir par première intention.

La méthode indienne : on prend un morceau de tissu voisin (grande lèvre, face interne de la cuisse), et on vient l'appliquer sur la plaie après avoir conservé et tordu un pédicule nourricier qui le relie à l'ancienne place qu'il occupait.

La méthode italienne part du même principe. Seulement ici, le lambeau est choisi à une grande distance de la plaie, le bras par exemple. Il possède également un pédicule et ne doit être séparé de la région sur laquelle il a été prélevé que lorsqu'il a contracté des adhérences avec les bords avivés de la plaie sur laquelle il a été implanté.

Les résultats de l'autoplastie sont très heureux; on évite ainsi le raccourcissement des tissus et les processus inflam-

matoires exposant à des récidives. En particulier, les lambeaux empruntés aux cuisses sont les meilleurs à recommander, d'autant qu'ils permettent à la patiente de supporter avec plus de calme et de commodité les quelques jours désagréables qui précéderont sa guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Vaginoplastie pour atrésie du vagin à la suite d'un accouchement au forceps.

Observation publiée par M. le Professeur Guyot et les Docteurs Mailhe et Mahon dans le *Journal de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, 11 mars 1930.

Madame M. P..., 30 ans, lisseuse vient à la consultation de l'hôpital A. Boursier, le 21 janvier 1930, parce qu'à la suite d'un grave traumatisme obstétrical, subi quelques mois auparavant, les rapports conjugaux sont devenus progressivement douloureux et finalement impossibles. Il s'agit d'une femme floride, grande, robuste, avec quelque tendance à l'adiposité. La simple inspection des organes génitaux ne révèle rien, mais le toucher vaginal, impossible à deux doigts, douloureux à un seul, montre sur la paroi antérieure du vagin, tout près de l'orifice vulvaire, un hémidiaphragme transversal à concavité regardant en bas et qui est constitué par une bride cicatricielle incomplètement circulaire. Le doigt franchit difficilement ce rétrécissement, perçoit encore une petite bride en arrière et arrive sur le col qui paraît normal,

La cause de cette lésion est facile à connaître. Cinq mois auparavant, le 15 août 1929, cette femme a été accouchée par un médecin non spécialisé qui aurait pratiqué 17 applications de forceps, sur un siège, et extrait un enfant mort. En faisant la part de l'exagération des histoires racontées par la malade, il est bien évident qu'elle a subi, à ce moment, un traumatisme obstétrical très sérieux, auquel il faut faire remonter cette lésion cicatricielle, évoluant vers le rétrécissement progressif.

On décide d'en tenter la cure opératoire. Intervention le 31 janvier 1930 par le Professeur Guyot, sous anesthésie générale au Schleich.

1^{er} temps : débridement vaginal bilatéral à la Schuchardt donnant accès sur la bride transversale.

2^e temps : incision transversale en avant de la bride jusqu'au plan de clivage qui permet assez facilement de la séparer de la vessie.

3^e temps : excision de la cicatrice et suture vaginale à points séparés de façon à obtenir une cicatrice transversale.

4^e temps : suture antéro-postérieure au catgut et aux crins de deux débridements latéraux; mèche goménolée vaginale, sonde de Petzer dans la vessie.

Suites opératoires tout à fait favorables, sans la moindre hyperthermie. On fait des pansements quotidiens au goménol, suivis de l'introduction d'une mèche vaginale iodoformée. Les crins des incisions latérales sont enlevés le 6^e jour, la sonde de Petzer le 8^e jour et la malade purgée le 9^e.

Le 25^e jour, les cicatrices des débridements latéraux de la vulve sont presque invisibles; au niveau de la cicatrice vaginale excisée, il reste encore une surface cruentée; on cautérise au nitrate d'argent et on tasse une compresse pour exercer la dilatation partielle permanente. On fait ensuite trois séances de dilatation aux bougies d'Hégar.

Le 10 mars, soit quarante jours après l'opération, la guérison est complète. Il ne reste plus de surfaces qui ne soient complètement cicatrisées; le vagin admet facilement deux doigts, on ne suit plus qu'une toute petite zone cicatricielle en

haut et à gauche. Le col abaissé, est collé contre la paroi antérieure du vagin; l'orifice cervical n'est pas nettement perceptible, mais il est évidemment perméable, puisque cette jeune femme a été réglée normalement depuis son intervention, sans retard ni douleurs.

Complément inédit de l'Observation.

Ces règles (8-10 mars 1930) sont les dernières de la malade. Elle est revue dans les mois qui suivent et l'on constate un début de grossesse qui se développe normalement, mais le col qui reste toujours petit est collé contre la paroi antérieure du vagin, sous la vessie, fait craindre une dystocie possible au cours de l'accouchement; aussi la malade entre-t-elle précocement en surveillance à l'hôpital André Boursier. Mais le terme extrême de la grossesse est dépassé sans que la malade accouche. Des phénomènes de faux-travail se produisent, immédiatement suivis de la mort de l'enfant, 311 jours après les dernières règles. Le travail ne se déclanchant toujours pas, on décide d'intervenir 319 jours après les dernières règles (24 janvier 1931), et devant l'état du col, de passer par voie haute.

Intervention sous rachi anesthésie, laparotomie médiane sous-ombilicale, hystérotomie basse et extraction d'un enfant mort et macéré de 4 k. 900. Impossibilité absolue de découvrir un orifice cervical et par conséquent, d'assurer le drainage de la cavité utérine. Hystérectomie sub-totale, tamponnement à la Mickulicz à cause du mauvais aspect du contenu utérin qui a coulé dans la cavité abdominale et hémostase insuffisante. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites simples et guérison. La malade sort avec un pelvis en parfait état et un col dans le même état que précédemment.

OBSERVATION N° II

Accouchement laborieux; forceps. Hématométrie.

Docteur O. Ferraciu; in *Annali d'ost. e gin. di Palermo*, 1927.

G. M..., agée de 28 ans, entre d'urgence à l'hôpital le 1^{er} février 1926. Elle accuse des douleurs intenses du bas-ventre. Depuis trois mois, ces douleurs se propageant dans les régions lombaire et sacrée; elle a noté en plus l'apparition d'une tumeur qui augmente de volume à des époques fixes correspondant aux moments où auraient dû réapparaître ses règles.

Réglée à 12 ans pour la première fois, elle le fut ensuite régulièrement. A eu six grossesses dont trois à terme. Les autres ont été interrompues au huitième mois. La dernière date de l'année dernière. Le travail avait été long et laborieux, suivi d'application de forceps et d'une craniotomie sur un fœtus de dimensions supérieures à la normale. Le résultat de cette opération fut une large lésion du vagin qui ne fut pas suturée. La malade fit pendant quelques temps des irrigations vaginales, jusqu'à ce que la canule ne puisse plus pénétrer dans le vagin et que le coït devienne impossible.

La malade n'est plus réglée depuis son accouchement. Ses antécédents héréditaires et personnels sont négatifs. L'examen de ses appareils cardio-vasculaire, pulmonaire, et des organes internes négatif. Les urines sont normales.

L'examen de l'abdomen montre une tuméfaction qui remonte à l'ombilic, ovoïde, ayant à sa droite une autre tumeur plus petite. Le vagin est obturé complètement par un bloc de tissu cicatriciel dur et résistant. Diagnostic : atrésie vaginale totale compliquée d'hématométrie et peut-être d'hématosalpinx.

Opération : Incision abdominale qui permet de constater un utérus volumineux et une trompe droite augmentée de volume. L'ovaire est intact. Dans le Douglas existe une collection sanguine encapsulée. Hystérectomie sub-totale. A l'ouver-

ture, écoulement d'un liquide chocolat fluidé. Introduction d'une sonde, cautérisation du col restant à la teinture d'iode. Suites opératoires bonnes. La malade quitte la clinique au onzième jour.

OBSERVATION N° III

Primipare, siège complet forceps. Rétrécissement de vagin.

D^r Nicholson et E. Bermann; in *Semana medica*,

18 nov, 1926, p. 1331.

Emilia P... Entre d'urgence à la Maternité, avec rétention de la tête dernière. C'est une primipare dont l'accouchement, avec présentation du siège complet, a commencé chez elle. Application de forceps qui termine l'accouchement. L'examen des genitalia montre de nombreuses déchirures dans les parois antérieures et postérieures du vagin. Elles sont suturées au catgut et une sonde de Petzer est placée dans la vessie. Les premiers jours qui suivent l'accouchement n'offrent rien de particulier, si ce n'est une certaine fétidité des lochies dont le drainage se fait en quantité normale. On retire la sonde vésicale le quatrième jour et la malade urine normalement durant les jours suivants. Cependant elle a remarqué une certaine difficulté à garder ses urines. Cette difficulté va en augmentant et la malade quitte le lit au douzième jour.

Quelques temps après, la malade revient pour incontinence d'urine et à l'examen on constate que la paroi postérieure de l'urètre présente une déchirure arrivant au voisinage du sphincter vésical. Le vagin est tapissé par une cicatrice transversale située à 1 centimètre du vestibule et correspondant à l'extrémité postérieure de la blessure urétrale. A ce niveau, il est impossible de trouver la moindre solution de continuité. Le toucher rectal complète l'examen.

L'exploration digitale conduit le doigt dans la vessie. A travers la paroi on suit le corps et le col utérin qui sont normaux.

Opération : Anesthésie rachidienne. Incision transversale de la paroi vaginale au niveau de la cicatrice, et on tombe dans l'espace recto-vaginal. A l'extrémité gauche de la cicatrice existe une petite fente par laquelle on enfonce un stylet que l'on remplace aussitôt par une sonde cannelée. Conduit par elle, on incise la véritable paroi et on arrive à la cavité vaginale qui se trouve derrière. On suture en sens antéro-postérieur la superficie vaginale. On laisse un drain avec un tube de caoutchouc et de la gaze et une sonde vésicale.

Suites opératoires normales. La malade conserve une continence partielle et relative de sa vessie qui va s'améliorant peu à peu.

Examinée quatre mois après, elle avait une intégrité fonctionnelle complète de la vessie et l'examen gynécologique permet d'apprécier un vagin d'amplitude normale.

OBSERVATION N° IV

Accouchement laborieux, présentation de la face, forceps.

Factus mort, rétrécissement consécutif.

Laurentie; in *Bull. de la Soc. d'obstétrique et de gynécol.*,
1926, p. 535.

Z., libanaise, 31 ans, mariée depuis neuf ans, a eu une première grossesse en 1920.

Accouchement a duré cinq jours. Un médecin appelé fait diagnostic de présentation de la face et une application de forceps qui ramène un enfant mort.

Trois mois après, le 3 février 1921, cette malade est conduite à la Maternité française; elle présente une fistule uréthro-vaginale basse et un vagin particulièrement atrésié, admettant à peine la largeur de l'index et littéralement couvert de cicatrices dont la pression est très douloureuse. A la troisième intervention, on constate la fermeture de la fistule; sclérose des tissus et atrésie vulvo-vaginale ont particulièrement

géné réparation de la lésion, à localisation juxta-vulvaire cependant.

Impressionnés par cet état, nous recommandons à la malade de nous trouver au cas de nouvelle grossesse pour césarienne que nous croyons indispensable.

Elle revient avec grossesse de cinq mois. On constate une amélioration notable de l'atrésie : deux doigts pénètrent. Nous songeons alors à possibilité d'accouchement par voies naturelles.

Au terme, la malade se trouvant à la montagne, accouche normalement et très rapidement, sans aucun secours, d'un enfant bien portant. A la suite de l'accouchement, surviennent sensations de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre et impression que les organes tombent. De nouvelles grossesses arrivent et avortent (quatre avortements du deuxième au quatrième mois).

Revue le 20 avril 1925 au cours du quatrième avortement qui s'accompagne d'hémorragies par rétention placentaire et nécessite un curetage; on constate : prolapsus complet, col utérin en dehors de l'orifice vulvaire, périnée à peu près semblable à ce qu'il était lors du premier examen. On conseille intervention.

Résultats de l'intervention : Le 19 décembre 1925, colporrhée antérieure et colpopérinéorrhée (dédoublement, résection large de la paroi vaginale postérieure, les cicatrices anciennes nombreuses ne se voient plus que sous forme de minces rainures blanchâtres). La malade sort de quinzième jour en très bon état.

OBSERVATION N° V (résumée)

Accouchement laborieux, rétrécissement cicatriciel.

Kustner : *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, p. 177, 1890, Bd XVIII.

Une femme de 18 ans, après premier accouchement qui dura plusieurs jours (fœtus mort) s'est présentée à la clinique parce qu'elle est affligée d'un rétrécissement en forme d'entonnoir,

dont l'orifice supérieur laisse à peine passer une sonde. Fonctions sexuelles impossibles.

Traitement : Les tissus cicatrisés sont incisés et les bords de l'incision allongée forment une plaie sur laquelle on transporte deux lambeaux de la membrane (muqueuse de l'intestin grêle d'un homme qui, au même moment, était opéré par Watel pour anus contre nature). Les deux lambeaux remis par suture n'atteignaient pas complètement la profondeur du vagin, en sorte qu'un nouveau rétrécissement se formait au-dessus d'eux. Nouvelles incisions et transplantation de deux petits lambeaux recueillis en même temps sur la paroi postérieure.

Résultat insuffisant mais le coït est possible parce que les parois du vagin sont devenues plus molles. Trois mois après, la malade réclama une nouvelle intervention. Kustner coupait l'anneau cicatrisé et appliquait des lambeaux du même vagin. Guérison.

OBSERVATION N° VI

Primipare. Rétrécissement produit par des déchirures à la suite d'application de forceps. (Observation résumée.)

Guéniot, in *Soc. de gynécol. et d'obstétr.*,

(séance du 14 janv. 1896).

À l'examen, Guéniot constate l'existence d'une atrésie cicatricielle du vagin très accusée, intéressant la moitié supérieure de cet organe, permettant d'introduire avec grande difficulté une sonde de petit calibre jusqu'à l'utérus. La femme, jeune encore, désirait devenir mère. Guéniot pratiqua l'opération. Celle-ci consista en une série d'incisions au bistouri. Un an après, le rétrécissement vaginal se reproduisait, mais à un moindre degré; le trajet cicatriciel au lieu d'être sinueux comme l'ancien était rectiligne, sa longueur plus petite et son diamètre plus large (10 mm); l'écoulement des règles n'était plus

douloureux. Quoique trop restreint, le résultat de l'opération était incontestable.

OBSERVATION N° VII

Secundipare. Accouchement au forceps, suivi de fièvre et de suppuration vaginale. (Observation résumée.)

Goldberg, in *Centralbl. für Gyn.*, 1894, p. 557.

Goldberg, après un premier accouchement, trouve le vagin très rétréci au bout de deux mois. Il avait employé le forceps; malgré tous les soins antiseptiques possibles, le vagin avait suppuré et se trouvait en partie fermé à son tiers supérieur. Au bout d'un an et demi, rétrécissement cicatriciel annulaire, dont il coupa les bords de façon à permettre à deux doigts de pénétrer, craignant de blesser les parties molles avec le forceps, il termina l'accouchement par la perforation. Issue favorable.

OBSERVATION N° VIII

Primipare. Déchirure du vagin, suites de forceps.

Guillemin et Louyot, in *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1928, p. 304.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, soignée pour appendicite et métrite du col. Règles à 14 ans, mariée à 21 ans. Son premier accouchement fut terminé par une application de forceps et une déchirure vaginale qui fut suturée immédiatement. L'examen montre un col bivalve à lèvres éversées, corps normal en antéflexion. On constate au niveau de l'angle droit de la lèvre antérieure du col, la présence d'une petite bride très souple, qui, partie du col, passe en pont au-dessus du cul-de-sac latéral droit pour prendre insertion sur le vagin. Cette

bride forme un anneau lâche qui admet facilement l'index. Le spéculum permettait de voir, qu'arrivée sur la paroi vaginale, elle se continuait par une ligne blanchâtre se dirigeant vers l'orifice vulvaire et de là se poursuivant sur le périnée dans un trajet un peu oblique sur une longueur de 2 à 3 centimètres, simulait une cicatrice d'épisiotomie. Cette bride, reliquat d'une lésion consécutive à l'accouchement, fut sectionnée au cours de l'amputation du col qui fut pratiquée.

OBSERVATION N° IX

Primipare. Accouchement laborieux aux forceps.

Aménorrhée, hématométrie.

Swiecicki, in *Beitrag zur Physiol., Gyn. und Geburts.*,
Posen, 1886.

Pour traiter l'hématométrie constituée, on fit d'abord des ponctions inutiles, puis les masses cicatricielles très dures furent incisées au couteau. L'utérus atteint, l'hématométrie se vida au dehors. Irrigation, gaze iodoformée, dilatation du vagin qui se refermait toujours. Enfin, implantation de muqueuses intestinales de lapin : échec. Deux semaines après, Swiecicki place sur les nouveaux lambeaux du papier d'étain et fait un tampon de gaze. Bon résultat. Au bout de six mois, vagin poli, règles indolores.

A la deuxième opération, M. Swiecicki avait perforé la vessie avec le bistouri, mais il avait suturé aussitôt la fistule.

OBSERVATION N° X

A. J. Orloff, in *Annales de gyn.*, 1896.

Malade âgée de 26 ans, est opérée quatre mois après son premier accouchement. L'anneau cicatriciel qui laisse à peine, au centre, passer la phalange inguinale du petit doigt, est excisé sur les côtés du vagin et les tissus sont largement inci-

sés et suturés en réunissant les angles supérieurs et inférieurs des losanges ainsi cruentés, afin d'éviter le rétrécissement consécutif.

OBSERVATION N° XI

Primipare. Forceps. Hématométrie.

Ph. Harveg, in *American journal*, M. S. CI¹, 1868, I, p. 102.

W..., 24 ans, accoucha il y a deux ans aux forceps. Blessures considérables de l'utérus et du vagin : pendant deux ans, écoulement purulent et fétide. Menses régulières. Il y a sept mois, cessation de la menstruation et de l'écoulement vaginal; grossissement de l'utérus à chaque période, douleurs s'accroissant toujours. L'utérus est à l'ombilic et le vagin est un cul-de-sac de 2 à 3 centimètres de profondeur. Opération : incision transversale, l'utérus se vide, soulagement instantané et complet. Introduction d'un morceau d'éponge dans l'ouverture, puis d'une épaisse bougie. Depuis, menses régulières.

OBSERVATION N° XII

Accouchement gémellaire, forceps, hématométrie.

(Observation résumée) Barnes.

M^{me} W..., depuis son dernier accouchement, présentait à chaque menstruation une dysménorrhée intense et de vives coliques, puis formation d'une tumeur abdominale. Vagin fermé par du tissu cicatriciel. L'incision faite laisse échapper un liquide liquoreux, fétide et des caillots d'un blanc sale. Résultat : soulagement de la malade. Applications de compresses et d'un bandage abdominal. Suites opératoires bonnes. M. Powell aurait voulu refaire plus complètement le vagin dans la suite, mais la malade étant soulagée s'y refusa.

OBSERVATION N° XIII

Accouchement laborieux. Rupture du vagin. Rétrécissement consécutif. Aménorrhée.

Rosciszewski, in *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 227, 5647.

Femme, 21 ans. A l'examen, le doigt est arrêté à 1 centimètre de la vulve par un anneau rétréci d'une longueur de 2 centimètres qui embrasse les parois latérales et postérieure. La dilatation reste sans résultats, l'incision avec sutures également. Pour éviter pareil inconvénient, on décide de faire l'autoplastie. On tamponne. Le sixième jour, les points de suture sont enlevés de même que le tampon. Le lambeau auto-plastique avait été pris aux petites lèvres. Après cicatrisation, le vagin laisse passer deux doigts et est tapissé d'une muqueuse qui semble normale.

OBSERVATION N° XIV

Trois cas d'atrésie dus à des accouchements laborieux et aux forceps. Hématométrie.

Turnbull et Warren, in *Schmidt's Jahrbücher*,
1851, L. XXIV, p. 195.

Ici le sang amassé dans l'utérus amenait une distension notable qui donnait l'impression d'une tumeur, soit dure, soit tendre, soit fluctuante. D'après l'avis unanime des deux médecins, après un accouchement laborieux, lorsqu'une déchirure et une suppuration se produisent dans le vagin on doit prendre garde que ces parois ne s'accolent. En cas d'hématométrie, Turnbull ajoute qu'à l'occasion des contractions de l'utérus, le sang poussé dans les trompes peut tomber dans la cavité péritonéale et y développer une péritonite.

OBSERVATION N° XV (résumée)

Accouchement laborieux, forceps.

Salkinger, in *Sportrzegat nast pasaez Wypadeck.*

Femme de 36 ans. Premier accouchement pénible, forceps appliqué cinq fois, nombreuses déchirures; pas de règles depuis l'accouchement d'août 1881 à avril 1882, ensuite tous les mois douleurs. On constate une atrésie complète. Première opération suivie de récidives.

Deuxième opération : débridement et nouvelle incision, introduction de laminaire; les règles réapparaissent. La malade sort de l'hôpital avec un dilatateur de Heggar qu'elle doit porter pendant plusieurs semaines.

OBSERVATION N° XVI (résumée).

Accouchement laborieux. Autoplastie. Guérison.

Filipowitsch, in *Soc. d'obs. et de gyn. de Saint-Pétersbourg*,
22 septembre 1894.

Primipare. Entre à l'hôpital à la suite d'un accouchement laborieux, suivi d'incontinence d'urine. A l'examen, le petit doigt est à grande peine admis, après dilatation on constate que la paroi antérieure du vagin est tendre et le cul-de-sac antérieur effacé; dans le tissu péri utérin on sent des cordons durs et des brides.

Autoplastie du vagin à l'aide de lambeaux empruntés aux grandes lèvres, suture de la fistule au catgut. Un mois plus tard, on résuture aux fils d'argent car le catgut s'est résorbé avant la réunion des lèvres de la plaie. La malade revue 15 mois après l'intervention est en très bon état.

OBSERVATION N° XVII (résumée).

Paravaginite adhésive. Autoplastie. Guérison.

Même auteur ibidem.

Secumpare de 21 ans. Présente incontinence d'urine et de fèces.

Après un premier accouchement : fistule vésico-vaginale suturée et guérie. Deuxième accouchement, il y a un mois, très long et très laborieux. Par suite de paravaginite adhésive cicatrice très étendue dans la profondeur du cul-de-sac gauche, en arrière fistule vagino-rectale, en avant fistule vésico-vaginale. Suture des fistules. Autoplastie. Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION N° XVIII (résumée).

Inflammation secondaire.

Gayet, in *Gaz. méd. de Lyon*, n° 46.

Gayet rapporte le cas d'une femme qui trois mois auparavant avait accouché d'un enfant mort après de longues douleurs, fut atteinte d'une inflammation intense du vagin. A l'examen : fortes brides cicatricielles annulaires fermant l'entrée du vagin; au-dessous du pubis. Tissus si denses qu'ils fermaient presque entièrement l'urètre amenant la rétention. Incisions latérales qui lèvent l'obstacle à l'écoulement de l'urine, mais sans améliorer sensiblement l'état du vagin.

OBSERVATION N° XIX (résumée)

Accouchement laborieux suivi d'aménorrhée.

Sam Craddock, in *Schm. Jahrb.* 1875, 154, p. 244.

A l'examen, bande concave en haut réunissant les parois antérieures et postérieures du vagin. Utérus agrandi. Incision

le long de la cicatrice, ce qui libère du sang menstruel. Dans la suite dilatation par bougies. Guérison complète.

OBSERVATION N° XX (résumée).

Bassin plat. Forceps. Césarienne de Porro. Guérison.

J.-F. Bergmann, *Dusseldorfer Testchr.*, Wiesbaden, 1894, p. 53;
Schmidt's, Jahrsbücher, 1895, 245, p. 51.

Dans un premier accouchement, la femme avait souffert de blessures du vagin par suite du forceps; ce qui avait provoqué une fistule vésico-vaginale et une atrésie presque complète du tiers supérieur du vagin. Cependant, nouvelle grossesse. Malgré deux jours de travail, le canal ne se dilatant pas, on fit une césarienne; rétablissement de la malade. Trois ans et demi après, nouvelle grossesse. Vagin entièrement fermé, ventre en besace, par suite de l'extension de la cicatrice abdominale, nouvelle césarienne, d'après Porro, pour éviter la déchirure de la cicatrice utérine. Enfant vivant. Guérison sans incidents.

OBSERVATION N° XXI (résumée).

*Forceps, fistule. Bassin étroit aplati transversalement.
Césarienne. Décès.*

Prof. Henne, F.-L. Neugebauer, in *Verwaschungen
und Vevengerungen der Scheide*, 1895, p. 13.

Mal de Pott à l'enfance. Mariage à 24 ans, suivi d'un accouchement laborieux. Forceps et enfant mort. Nombreuses blessures du vagin, suppuration, fermeture presque complète du vagin. Cicatrice de consistance cartilagineuse; présence d'une fistule urinaire. Cependant nouvelle grossesse. Une césarienne est décidée. Malgré une opération bien conduite et bien supportée par la malade, décès au bout du troisième jour.

OBSERVATION N° XXII (résumée).

Bassins plats. Césariennes. Morts.

H.-F. Kayser, *Schmidt's Jahrbücher* 1894, 243, p. 61.

Deux femmes possédant un bassin étroit avaient eu un accouchement laborieux; avaient été blessées, et de là, frappées de sténose incomplète du vagin. Elles subirent l'opération césarienne avant terme. Dans un cas, issue heureuse pour la mère et l'enfant, dans l'autre, décès de la mère et de l'enfant au septième jour.

OBSERVATION N° XXIII (résumée).

Bassin rétréci. Céphalotrie.

Ad. Lizé, in *Union*, 67, 1863.

Accouchée par céphalotrie, bassin ne mesurant que 10 centimètres. Fistule urinaire et atrésie vaginale s'en suivirent. Au mois d'août suivant, la fistule est guérie au fer rouge, mais la menstruation ne reparait pas. La malade n'en fut incommodée que par une certaine rougeur de la face aux périodes ultérieures. Lizé croit qu'il y eut dans la suite atrophie de l'utérus et des ovaires.

OBSERVATION N° XXIV (résumée).

Hydrocéphalie. Cranioclasie. Hématométrie. Hématosalpinx.

Neugebauer, in *Verwachs und Vereng der Scheid*, 1895, p. 196.

Primipare, 36 ans. Accouche d'un enfant mort après cinq jours de travail; Hydrocéphalie, cranioclasie après perforation. Vagin atrésié, fistule urinaire; extraction d'un calcul vésical au bout d'un an à partir de ce moment, règles très douloureuses s'écoulant par l'urètre avec l'urine, cet état dure 14 ans, puis les règles disparurent de nouveau, provoquant

chaque mois de violentes coliques. Un examen au bout de huit mois de cet état révéla une hémato-colpométrie et probablement hématosalpinx. Méat urétral très dilaté par suite de son long remplacement d'ouverture vaginale.

La malade refusa une opération et ne reparut plus.

OBSERVATION N° XXV (résumée).

Ulcérations par suite de couches.

Churchill in *Thèse Picado* 1898.

Churchill fut consulté par une dame se plaignant de ne pouvant accomplir ses devoirs de femme. A l'examen, il constata la présence de cicatrices molles au toucher, qui interdisaient l'accès de l'utérus; ces cicatrices étant le reliquat d'une ulcération du vagin après une couche; Churchill conseilla de rétablir la continuité entre l'utérus et le vagin, mais la malade préféra rester telle qu'elle était.

OBSERVATION N° XXVI (résumée).

Céphalotribe. Vaginite intense. Atrésie du vagin.

Al. Branco in *Union*, 80.

Femme de 34 ans, entrée à l'hôpital après 48 heures de faibles douleurs. L'examen montre un vagin presque complètement fermé à la suite d'un premier accouchement au céphalotribe. La femme étant en travail, Branco coupa une large bande distendue par la présentation fœtale. Cette intervention libéra aussitôt un enfant vivant, cependant dans les jours suivants, malgré un pouls fréquent et des douleurs, la malade quitte l'hôpital au sixième jour, sans être améliorée, et le périnée non recousu. Son décès survint à la suite de fièvre puerpérale au bout de quatre semaines.

OBSERVATION N° XXVII (résumée).

Forceps. Fièvre puerpérale.

Mars, in *Virehow's und Hiroch's Jarherb*, 1883, II, p. 595.

Malade enceinte de neuf mois, présente à un travers de doigt au-dessus du vagin un repli mou annulaire rétrécissant le vagin en n'y laissant passer qu'un doigt. Le jour suivant, dilatation manuelle de cet entonnoir. Deux jours après l'entrée à l'hôpital, accouchement spontané d'un enfant mort. Couches normales pendant les dix jours qui suivent, temps au bout duquel la malade fit une péritonite aiguë au troisième jour. Elle avait accouché quatre ans auparavant au forceps et avait eu une fièvre puerpérale ayant duré dix semaines.

OBSERVATION N° XXVIII

Ulcération post-partum.

D^r Hillebrand, in *Rivista d'ostetricia e gyn. pratica*,
janvier 1922, n° 1.

A. R..., 28 ans, réglée à 13 ans; règles toujours régulières avec légères douleurs; durée : 2 ou 3 jours. Il y a sept mois, grossesse normale et à terme d'un enfant mort-né. Fièvre pendant un mois après l'accouchement. Plus tard, les règles redevennent normales. Pendant une période de trois semaines, la malade fut atteinte d'incontinence d'urine. Actuellement, aucune douleur si ce n'est une légère brûlure à la miction. Coït impossible depuis l'accouchement; cause pour laquelle son mari l'envoie à l'hôpital pour se faire opérer. Etat actuel : cicatrice irrégulière des petites lèvres, orifice vaginal et rigide et infundibuliforme par suite de rétraction cicatricielle des tissus. Méat urétral très dilaté. Diagnostic : atrésie vaginale partielle acquise à la suite de couches.

Opération plastique le 10 mai 1921. Excision circulaire des tissus cicatriciels autour de l'orifice vaginal. Application de lambeaux autoplastiques, suites opératoires bonnes; légère poussée de température le soir des deux premiers jours. Au cinquième jour, on enlève le tampon et on introduit plusieurs heures par jour une bougie de Heggar n° 25, le jour suivant un n° 26, pendant six jours. Le huitième jour, on retire les fils et on constate une guérison per primam.

Douze jours après l'opération la malade est complètement guérie.

Les menstruations étaient probablement évacuées par l'urètre puisque la malade n'a jamais eu de signes d'hématocolpos ni d'hématométrie. Son mari avait probablement tenté le coït par l'urètre, car celui-ci était considérablement distendu. L'atrésie siégeait sur la paroi antérieure du vagin et était due à une excoriation survenue pendant l'accouchement.

Secondairement, les parois postérieure et antérieure du vagin s'étaient accolées. Les tissus cicatriciels avaient atteint le sphincter urétral, ce qui explique l'incontinence d'urine pendant les trois premières semaines après l'accouchement. Plus tard, une adaptation s'était faite entre le sphincter et l'urètre, qui arrêta les pertes d'urine.

Suites opératoires satisfaisantes. Il fut possible malgré les pertes de substances de rapprocher jusqu'à la vulve un tissu sain qui évita la formation d'une nouvelle oblitération.

OBSERVATION N° XXIX (résumée).

Ulcérations secondaires dans des suites de couches.

In thèse Rétière, 1902, Paris.

M^{me} C..., 32 ans, entre à l'hôpital de Brest dans le service du docteur Civel : avait accouché naturellement en février 1901, travail de trois jours; pas de manœuvres obstétricales, pas de forceps, enfant mort. Dans les suites de couches, les pertes blanches continuèrent plus longtemps que de coutume; ce fut la raison pour laquelle elle vint consulter.

A l'examen, présence d'une surface ulcérée occupant la paroi postéro-latérale du vagin. Ulcération due à l'accouchement prolongé, la rétraction cicatricielle qui suivit la chute du sphacèle, rétrécit considérablement le diamètre du canal.

Première intervention le 12 juin 1901. Tissu cicatriciel sectionné à droite et à gauche de la paroi postérieure du vagin à son union avec les parois latérales. Libération de la muqueuse vaginale sur une certaine étendue ainsi que celle des grandes lèvres afin de recouvrir les surfaces cruentées. Au bout d'un mois, la malade revient, résultat opératoire nul.

Le 9 octobre, nouvelle intervention. Autoplastie au moyen de deux grands lambeaux empruntés à la face interne des cuisses, dont le sommet fut fixé tout d'abord dans le cul-de-sac postéro-latéral par un fil de soie, les bords latéraux furent ensuite fixés lâchement à la muqueuse vaginale; enfin, les bords de la plaie résultant de la taille des lambeaux furent suturés aux crins de Florence.

Résultat esthétique excellent; pas d'autre pansement qu'une pièce de gaze stérilisée recouvrant la vulve; suites opératoires très simples; quatre mois après, résultat parfait. Les règles qui avaient cessé au mois de juin 1901 réapparurent en janvier 1902.

OBSERVATION N° XXX (résumée).

Accouchement laborieux. Fièvre puerpérale. Hématométrie.

Prof. Weber, in *Schmidt's Jahrbücher* 1870, 147, p. 177.

A. R... n'est plus menstruée depuis deux ans, date à laquelle elle accoucha à la campagne sans aide d'un enfant mort, à terme; fièvre puerpérale, séjour de quatre mois au lit avec métrite, péritonite avec pyémie. Traitement médicamenteux. Après guérison, la malade constate que son vagin est atrésié, la menstruation ne revenant pas, elle vient consulter. A l'examen, vagin complètement fermé. A travers la paroi abdominale, tumeur allant jusqu'à l'ombilic, indolore. La malade partit, mais revint quelques mois après, se plaignant de dou-

leurs extraordinaires, diagnostic : hématométrie. Au bout de quelques jours, l'hématométrie creva à l'extérieur, laissant écouler un liquide noir, épais, en flots ininterrompus jusqu'à ce que la tumeur et l'utérus eussent considérablement diminué de volume. Traitement : dilatation avec des éponges pressées. Après huit jours, menstruations indolores, mais la malade se refroidit et mourut de péritonite.

Autopsie. Utérus et trompe dilatés, ovaires gros. Le vagin forme deux entonnoirs poussés l'un dans l'autre par la pointe; près de l'orifice externe du vagin, la paroi postérieure était soudée à la paroi antérieure du rectum. Pas de perforation, donc la péritonite ne fut pas en cause connexe avec l'hématométrie. Elle s'était développée d'elle-même.

OBSERVATION N° XXXI

Accouchement laborieux. Fièvre puerpérale.

D^r Nicholson et Bermann, in *Semana Medica*, 18 nov. 1926, page 1321.

Alexandra R..., 50 ans, entre à la Maternité le 20 mai courant. Sa maladie date de 25 ans auparavant, et fut causée par un accouchement très laborieux qu'elle eut à la campagne, sans autre secours que celui d'une personne dévouée qui s'offrit à terminer l'accouchement, extrayant un fœtus très volumineux. La malade fit une fièvre puerpérale et perdit ses urines pendant deux mois. Plus tard, cela se corrige un peu. La malade n'urine plus que huit à neuf fois par jour. Les relations sexuelles provoquent toujours du ténesme vésical et parfois certaines pertes d'urine.

Au mois de février, l'année dernière, douleurs intenses au bas ventre avec température ténesme vésical et rectal, surtout au moment des règles qui duraient quinze jours, en quantité normale et se terminaient par des caillots. Ces accidents reprennent en avril et septembre de l'année dernière et en janvier et mai de cette année. Cette dernière fois, avec tempéra-

ture à 40°, vomissements et rejets de sang fétide en grande quantité.

Fut réglée à 13 ans, sans douleurs, durée 3 jours. Après sa grossesse, les règles avancent de 3 à 7 jours, durent de 6 à 15 jours, bien plus abondantes qu'avant la gestation. Légère dysménorrhée quelques jours avant les règles et durant les trois premiers jours.

Examen : cicatrice allant jusqu'à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin. Le méat urétral a disparu et à sa place une fente longitudinale de 2 centimètres de long qui se termine à la partie inférieure, au niveau d'une cicatrice transversale qui délimite la partie la plus profonde du cul-de-sac vaginal dont la profondeur est de un centimètre. Le doigt pénètre par là, dans la vessie, au travers de laquelle on sent le col normal. Le corps de l'utérus est légèrement augmenté de volume. Au toucher rectal, pas de lésions annexielles. La cicatrice du cul-de-sac montre un petit orifice qui laisse passer la bougie de Heggar n° 5. On observe alors la sortie d'une quantité de liquide muco-purulent. On dilate avec une pince et on laisse un petit drain.

Opération : deux jours après, anesthésie à l'éther. Incision transversale débridant les tractus fibreux cicatriciels qui obturaient la lumière du vagin. On individualise les deux lèvres et on suture au catgut à points séparés, en sens antéro-postérieur. On place en permanence un tube de gomme entouré de gaze et imbibé d'huile goménolée, ainsi qu'une sonde vésicale.

Huit jours après, la cicatrice est parfaite, et on fait la dilatation du vagin aux bougies de Heggar allant jusqu'au n° 34. On fait une plastique de l'urèthre à l'anesthésie locale.

Convalescence : menstruations indolores. Sang en quantité discrète pendant six jours. La malade sort guérie, avec fonctionnement normal de sa vessie et un vagin bien calibré, supprimant désormais tout coït urétral, auquel s'était livré la malade depuis 25 ans.

OBSERVATION N° XXXII

Forceps. Eclampsie. Fièvre puerpérale.

Huzarski in *Gaz. Lekarska*, 30-32, *Virchows und Hirsch's Jahrb.*, 1883, II, p. 595.

P. P., 32 ans, multipare. Il y a quinze ans : éclampsie pendant l'accouchement, forceps, fièvre puerpérale; amenée à l'hôpital le 9 décembre.

I. Sommet. Enfant vivant. On trouve immédiatement après l'entrée, un rétrécissement cicatriciel qui laisse passer facilement le doigt. Il est incisé en plusieurs endroits vers la paroi postérieure. En haut, dans le vagin, on trouve encore deux membranes molles, transversales, tenant entre elles. L'inférieure a à droite une ouverture qui laisse passer un doigt; la supérieure n'a pas d'ouverture. A travers la seconde, on sent la tête dans le bassin. Le jour suivant, on s'aperçoit que, grâce aux contractions utérines, il s'écoule de l'eau; la membrane supérieure doit donc avoir une petite ouverture. Après consultations avec plusieurs collègues, on fait l'opération césarienne. Avant l'opération, hémorragie de la vessie, injection d'eau chaude dans cet organe.

Opération d'après l'ancienne méthode.

Enfant asphyxié, mort, et au bout de vingt heures, décès de la parturiente.

OBSERVATION N° XXXIII

Eclampsie. Forceps.

Huzarski, in *Virchow's und Hirsch's Jahresb.*, 1883, II p. 595

D. Sz..., 18 ans, secondipare. Pendant le premier accouchement, éclampsie; accouchement spontané.

Depuis deux jours en travail. A l'examen, on trouve à un doigt de l'entrée du vagin, un rétrécissement du vagin, dur,

peu souple, cicatriciel, annulaire et laissant passer le doigt.

Tête à l'entrée du bassin. Avec le couteau de Messer, l'anneau cicatriciel fut incisé en plusieurs endroits, après quoi l'orifice utérin atteignit une largeur de trois doigts.

Hernie vésicale le lendemain de l'ouverture de l'orifice externe.

Forceps et extraction d'un enfant mort.

Déchirure périnéale. Délivrance d'après la méthode de Crédé. La matrice fut irriguée avec une solution d'acide phénique. On constata en outre une fistule vésico-vaginale. Ensuite : exsudation paramétrique, endométrique, escharre nécrotique de la blessure périnéale.

Le sixième jour, embolie des extrémités supérieures et inférieures.

Le septième jour, décès.

OBSERVATION N° XXXIV (résumée).

Injectons suivies d'atrésie du vagin.

Ad. Tissier, in *Gaz. des Hôpit.*, 1869.

Femme qui, huit mois après un accouchement normal, présente des hémorragies. Le D^r Tissier fit faire des injections avec de l'eau additionnée de sexquichlorure de fer. Aucune amélioration. Au contraire, perte de un litre à un litre et demi de sang. On tamponne le vagin avec de la charpie trempée dans du sexquichlorure de fer pur. La guérison survint lentement, mais au cinquième jour, brûlures dans le vagin, injections froides toutes les deux heures. Ecoulement de plus en plus fétide. Dix-sept jours après le tamponnement, élimination d'un lambeau sphacélé. Quatre semaines après menstruation moins abondante et vagin atrésié. Coït presque impossible, dilatation infructueuse, suivie de quatre incisions des cicatrices, au bout de dix mois, résultats assez satisfaisants. Deux accouchements suivirent le vagin se distendant à ce moment pour se rétrécir ensuite.

OBSERVATION N° XXXV (résumée).

Injections, suivies d'atrésie du vagin.

Fournier, Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 5 juin 1912.

Observation rapportant : difficultés d'un accouchement par voies naturelles chez secondipare et le vagin brûlé par injection trop chaude donnée après le premier accouchement.

Avant la deuxième grossesse, le rétrécissement cicatriciel avait été traité par débridement au thermocautère de la dilatation instrumentale progressive et des injections de fibrolysine. Au bout d'un an, la malade redevint enceinte et le tissu cicatriciel, sous l'influence de la grossesse et de l'imbibition gravidique a notablement diminué d'étendue et ne paraît pas être un obstacle sérieux à l'accouchement. Le travail commence, la dilatation du col est normale et complète au bout de six heures et demie de douleurs. La tête appuie sur l'anneau cicatriciel qui ne se dilate que très peu, est incisé par deux incisions latérales, au bistouri, les fentes obtenues étant agrandies avec les doigts, qui donne un orifice de la largeur d'une pièce de 5 francs. La malade pousse sur cet orifice et la tête descend à la vulve au bout de quatre heures d'efforts. Applications de forceps. La malade souffre beaucoup. L'enfant est vivant, la délivrance spontanée. Hémorragie notable après, avec Schock. Application du tube Mombergue et traitement de la syncope. A l'examen, on voit une large déchirure au niveau de la paroi postérieure du vagin dans laquelle fait hernie une collection purulente venant du ligament large. On incise cette poche. Guérison au bout de trois semaines de pansement bi-quoditiens (lavages à l'eau oxygénée, teinture d'iode).

Fournier pense qu'il eût mieux fait de pratiquer une césarienne abdominale.

OBSERVATION N° XXXVI

Avortement. Cranioclasie. Réformation de l'atrésie.

Kessler, in Thèse Huchon, Paris 1901 (résumé.)

Primipare de 30 ans. Souffrait depuis deux ans d'écoulement vaginal, devient enceinte, violentes hémorragies à la suite de manœuvres abortives et douleurs abdominales avec fièvre. Le terme atteint, douleurs d'expulsion pendant quatre jours. Bassin normal, le vagin ne laisse pénétrer le doigt que sur 5 cm. A cette profondeur, cicatrice transversale avec bourrelet. Le col n'est pas atteint. Par le rectum, on sent la tête dans l'excavation. Incision circulaire de la cicatrice sur 4 centimètres de long et 1 centimètre d'épaisseur. Il fallut employer pinces et ciseaux de Cowper pour frayer au doigt accès jusqu'à la tête. Accouchement ne fait pas de progrès. Le lendemain, chloroforme pour agrandir les incisions et application du perforateur et cranioclaste. Dégagement lent, mais facile. Au bout de 17 jours, la malade quitte l'hôpital, mais le rétrécissement se reformait.

OBSERVATION N° XXXVII

Avortement par $SO^4 H^2$. Césarienne.

Huchon, in Thèse 1901 (résumé).

Marie K..., 26 ans, souffre de brûlures de l'appareil génital. On apprend qu'elle est enceinte de trois mois et que ses brûlures sont résultat d'injection de $SO^4 H^2$ en vue d'avorter. Traitement par bains journaliers, mais le vagin n'admet plus qu'une sonde. Cinq mois après, on rompt les membranes avec l'hystéromètre. Après 5 centimètres de parcours, l'instrument arrive dans une cavité où il se meut librement. On introduit une sonde de Bozeman. Injection vaginale. Drain en croix qui ne tient pas. On le remplace par des mèches à demeure. A l'ac-

couchement, il est inutile de songer aux voies naturelles. Césarienne, puis hystérectomie abdominale totale. Enfant vivant. Suite de couches normales. Les cicatrices ulcérées un moment se sont fermées et ne gênent plus la malade.

OBSERVATION N° XXXVIII

Avortement par bichlorure de Hg. Tentative de réfection du vagin.

D^r Charles-E. Ruth, in *Am. Journ. obst. and gyn.*,
Saint-Louis, 1902 (résumé).

Avortement par bichlorure de mercure chez une institutrice. Elle perdit son fœtus mais perdit aussi son vagin, car il s'oblitéra entièrement depuis le col de l'utérus jusqu'à la vulve. Cependant il persiste un minuscule canal trop petit pour permettre même le passage d'un petit stylet. Puis elle n'eut plus ses menstrues jusqu'à ce que son médecin parvint à introduire un stylet. Il créa ainsi une ouverture qui permit l'écoulement des règles. Quand le docteur Ruth vit la malade, l'ouverture était si contractée qu'il ne put y introduire à nouveau un stylet. Il tenta, sur les instances de sa cliente, de refaire le vagin.

Mais le résultat n'a pas été entièrement satisfaisant.

OBSERVATION N° XXXIX

Avortement avec occlusion du vagin.

Bennet-Dowler, in *Schmidt's Jahrb.*, 1858, III, p. 323.

Le Docteur Bennet-Dowler raconte qu'une femme de 22 ans, qui avait accouché heureusement deux fois, avorta à la fin du deuxième mois de sa troisième grossesse et souffrit pen-

dant 11 jours d'une forte hémorragie. Quelque temps après, occlusion du vagin. Bennet-Dowlet trouva à 1 1/2" de l'entrée du vagin une occlusion qui paraissait s'étendre jusqu'à l'extrémité supérieure et était fermée de deux brides cicatricielles croisées. Arrêt d'écoulement menstruel et douleurs. Opération.

OPERATION XL

Avortement. Vaginite. Atrésie.

Goldhaber, in *Virchow's und Hirsch's Jahrb*, 1878,
II, p.^e 582.

Femme de 18 ans qui est régulièrement menstruée depuis 3 ans, menses douloureux; coït praticable; avorte après un bain de pieds, dans le troisième mois de la grossesse.

Goldhaber trouve le vagin et l'orifice externe fermés par des cicatrices; hématométrie. Il croit que la malade, après l'avortement, a dû être atteinte de vaginite aiguë avec ulcération. Il opère pour donner issue au sang. Mais comme le vagin était trop étroit pour permettre le coït, il entreprit une seconde opération et la malade fut guérie.

OBSERVATION N° XLI

Hastings-Halminton, in *l'Union*, 1858.

Femme de 35 ans. Après avortement avec retention du placenta pendant plusieurs jours, il était survenu une vaginite dont la suite fut l'occlusion complète du vagin. Comme il paraissait à Hastings-Halminton, impossible de rendre à nouveau le vagin praticable, sans blesser la vessie, pressée en

arrière, du côté du rectum, il ponctionna le corps de l'utérus à travers le rectum par où le sang s'écoula.

Dès lors, les menstruations se firent régulièrement, mais par le rectum,

OBSERVATION N° XLII (résumé).

Tentatives d'avortement.

Zaborowski, in *Abstetrigie*, 1912, n° 1.

Sténose vaginale par suite de tentatives abortives. La grossesse évolue quand même. Après discision de l'atrésie au moment de l'accouchement, on fait une application de forceps. Enfant vivant, mais réformation rapide de l'atrésie après l'accouchement,

OBSERVATION N° XLIII

Avortement par SO⁴ H². Mort.

Lombart, in Thèse Huchon, Paris, 1901.

Femme ayant voulu se faire avorter par injection d'un demi-litre d'acide sulfurique. Il y eut un rétrécissement par cloison transversale oblitérant le vagin et produisant adhérence du col. Au moment de l'accouchement il y eut rupture utérine, opération césarienne et mort de la mère et du fœtus.

OBSERVATION N° XLIV

Avortement par du vinaigre injecté. Persistance de l'atrésie.

Prof. Pinard, cité par Pozzi, in traité de gynécologie, p. 1169.

Jeune femme ayant déjà accouché, amenée à la Maternité de Lariboisière, en travail; on trouve une oblitération com-

plète du vagin siégeant à sa moitié supérieure. (Cette femme s'était fait tous les jours pendant un mois des injections de vinaigre pour se faire avorter au troisième mois de sa grossesse.) Pendant la période d'expulsion, le prof. Pinard remarqua qu'en un endroit la membrane cicatricielle était très mince; il la perfora avec l'hystéromètre, puis dilata l'ouverture avec les doigts et l'accouchement se fit sans accident; on put constater ensuite la persistance d'un diaphragme cicatriciel, irrégulier au niveau de l'atrésie primitive.

OBSERVATION N° XLV

Avortement. Rupture utérine. Mort.

Roman, thèse Tübingen, 1885.

Femme ayant l'intention de provoquer avortement s'injecta un demi-verre d'acide sulfurique dans le vagin. Après quoi, les deux tiers supérieurs du vagin s'oblitérèrent complètement. La matrice se déchira à l'accouchement, qui n'eut lieu que plus tard et dont l'issue fut mortelle.

OBSERVATION N° XLVI

Avortement par l'ammoniaque. Forceps.

Gallois, in *Dauphiné Médical*, 1891.

Le 14 octobre 1891, Rose X... entre à la Maternité. En travail depuis le 11 à minuit, Douleurs diminuées et contractions à peu près nulles à l'entrée. Antécédents : Seize mois auparavant, accouchement à terme. Réglée cinq fois depuis.

Examen le 14 octobre : vulve normale; au toucher, à 5 centimètres de la vulve, doigt arrêté par cul-de-sac, pas trace de col. On sent vaguement la tête derrière une cloison épaisse.

Au spéculum, petite cicatrice triangulaire dure, inextensible, avec des cordons rayonnant autour.

Traitement : débridement puis application de forceps. Enfant vivant. Suites de couches normales, sans exagération de la sténose vaginale. Il y a une ouverture de 3 centimètres par où l'on parvient sur un col déchiqueté et adhérent au vagin. Cause de l'atrésie : injections d'ammoniaque au début de la grossesse,

CONCLUSIONS

De notre étude et des observations que nous avons récoltées il ressort que :

1° L'atrésie cicatricielle du vagin acquise à la suite de l'accouchement est de deux ordres, elle peut être :

a - partielle.

b - complète.

2° L'atrésie vaginale est due le plus souvent aux délabrements déterminés par les instruments : forceps, basiotribe, du fait qu'ils sont manipulés par des praticiens maladroits ou plutôt et surtout qu'ils sont appliqués au cours d'un travail long, causé, lui-même par toute une série d'obstacles maternels ou fœtaux que nous avons énumérés au chapitre de l'étiologie. A la suite de l'avortement criminel l'atrésie est le résultat surtout de l'infection et des injections de liquides caustiques.

3° Dans les cas d'oblitération complète du canal, la symptomatologie est celle de l'hématocolpos, de l'hématométrie ou de l'hématosalpinx par suite de la rétention des règles. La stérilité est absolue et le coït impraticable.

Dans le cas d'obstruction partielle on note une dysménorrhée ne s'accompagnant pas de phénomènes graves mettant la vie de la malade en danger. Seulement il existe une possibilité de fécondation. Cette éventualité assombrit beaucoup le pronostic du fait de la dystocie créée par le rétrécissement vaginal.

4° Le mécanisme des lésions nous fait comprendre les différents sièges de rétrécissements et l'anatomie pathologique fait la différenciation histologique entre une atrésie acquise et une atrésie congénitale.

5° Le toucher et l'interrogatoire de la malade imposent le diagnostic anatomique et étiologique.

6° Le pronostic est basé sur :

a) la nature de l'atrésie : complète ou incomplète.

b) sur sa situation et ses caractères histologiques de résistance : dureté ou élasticité relative, ramollissement et dilatabilité possible,

7° Le traitement médical est symptomatique et s'attache surtout à la douleur. Seul le traitement chirurgical s'impose et la méthode de choix est sans conteste l'autoplastie lorsqu'il s'agit de grands délabrements avec pertes de substance importantes ; le rétrécissement partiel se trouve bien de l'incision suivie de l'excision avec suture.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 Novembre 1931. .

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- HIPPOCRATE. — Œuvres traduites de Littré, t. 8, p. 325.
- ARISTOTE. . . *De Generatione animalium*, lib. IV, cap. IV.
- CELSE. — *De re medica*, lib. 7, cap. 28.
- AETIUS D'AMIDE. — Cité par Delechamps : *Chirurgie française*, Lyon, 1570, p. 430.
- NEUGEBAUER. — *Verwachsungen und verengerungen de Scheide*, 1895.
- AVICENNE. — *Opera venetiis*, 1607, t. 1, tr. IV, lib. III, cap. I et II.
- ALBUCASIS. — *Pratica*, sect. 2, cap. XIX; *De clausura pudendi*, trad. Leclerc, p. 171, chap. 72.
- LANFRAN. — *Chirurg. magna Doct.*, 3 tr. 3, cap. IX.
- GUY DE CHAULIAC. — *La grande Chirurgie*, Bordeaux, 1672.
- PARÉ. — Œuvres, édit. Malgaigne : *De la Gene*, ch. 49, 50 et 51.
- BARBETTE. — *Œuvres, chirur. et anat.*, Genève, 1674, p. 72 et suivantes.
- SCHENCK. — *Observat. med rararum nova admira et monstruosa volmen*, 1609, p. 600.
- RUISCH. — *Observat. anat.*, t. I, obs. XXII.
- ALISCHER. — *Weiss Prag. med., Woch.*, 1878, p. 213.
- BENEVOLI. — *Diwet, sapro l5orig. del ervia intet*, etc., Firenze, 1874; et Rizzoli, *Mémoire d'obstétrique*.

- ASTRUC. — Traité des maladies des femmes, 1871, t. 1, p. 229 et suiv.
- HEISTER. — *Inst. chir.*, trad. de Paul d'Avignon, 1770, t. 4, p. 1 et suivantes.
- BECKER. — De paidioct. inculp. ad serv. puerp. Gressen, 1729, cap. 31.
- MORGAGNI. — *De sedibus et causis morb. venitiis*, 1761.
- BAS. . . Thèse de Paris, 1812.
- VILLETTE. — Thèse de Paris, 1824.
- ROBIN. — Thèse de Paris, 1845.
- LABADIE-LALANDE. — Thèse de Paris, 1756.
- BOYER. — Traité des mal. chir., t. 5, 1846.
- PUECH. — De l'atrésie des voies génitales, Montpellier, 1864.
- DELAUNAY. — Thèse de Paris, 1877.
- LAVILLE. — Thèse de Paris, 1887. Rétention des règles dans les atrésies vaginales.
- LYON. — Thèse de Paris, 1888.
- PICADO. — Thèse de Genève, 1898.
- BRINDEAU. — *Obstétrique*, 1901.
- HUCHON. — Thèse de Paris, 1901.
- MAMIKONIAN. — Thèse de Genève, 1910.
- PLANCHU. — *Réunion obstétricale de Lyon*, décembre 1909.
- VOIGT. — *Zentrabl. für gyn.*, n° 9, 1910.
- FOURNIER. — *Bull. Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, n° 2, 1923.
- WEISS. — *Prag. med. Wochensch.*, 1878, p. 233.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1897, p. 1165.
- NEUGEBAUER. — Zur Lehre der angeborenen und erworbenen Vervachsungen und Verengerungen der Scheide, Berlin, 1895.
- ROMAIN. — Thèse de Tubigen, 1885 (gangrène du vagin après accouchement).
- SEGGER et AERZEN. — Hanover, Corr. Blatt.
- MULLER. — Scauzoni's Beitrage, Bd V, p. 67.

- DUCROS. — *Thèse de Paris*, 1875.
- BARNES. — *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. française de Simpsons.
- KENNEDEY. — *The Dublin journal*, 1840, t. XVI, p. 80 (caus-tiques).
- LÉVY. — *Bibl. J. Laegger*, 1860, p. 39 (cautérisation).
- LAFORGUE. — *Presse médicale de Toulouse*, 1876.
- PEMBERTON. — *American J. d'obst. and gyn. de Saint-Louis*, 1924, n° 8, p. 605 et suiv.
- LACHAPELLE (M.). — *Pratique des accouchements*, t. I, p. 443.
- DOLERIS et LENOBLE. — *Bull. et mém. de la Soc. de gyn. et d'obst. de Paris*, avril 1897.
- PINARD et SEGOND. — *Annales de gynécologie de Paris*, 1877.
- RETIÈRE. — *Thèse de Paris*, 1902.
- MOREL. — *Thèse de Paris*, 1897-1898.
- PERRET. — *Thèse de Paris*, 1864.
- HUGÉ. — *Thèse de Paris*, 1899.
- BALARD. — *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, 1923, p. 165-167.
- MERCIER et VIALE. — *Obstétrique*, 1906.
- MENEGHINI. — *La Clinica ostetrica*, 1928, fasc. 12.
- FERRACIU. — *Annali di ostetrica e ginecologia*, 1927, p. 75 et suivantes.
- FOURNIER. — *Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse*, 5 juin 1912.
- REEB. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, p. 705.
- SCANZONI. — *Traité des maladies des organes sexuels*, 1858.
- Paul DELMAS. — *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1922.
- MACKENRODT. — 1896, *Semaine médicale : de la cure opératoire de l'atrésie du vagin*, n° 28, CX.
- DOLERIS. — *Revue de gyn. et d'obst. de Paris*, 1889, 99 points spéciaux de la technique des opérations plastiques du vagin et vulve, V, 181-225.
- HILLEBRAND. — *Rivista d'ost. e gyn. pratica Palermo*, déc. 1922.
- ROUCRIS. — *Annales de gyn. et d'obst.*, 1912.

- FRAIPONT. — *Revue mensuelle d'obst. et gynéc. et pédiatrie*, n° 6, juin 1911.
- GUILLEMIN et LOUYOT. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mars 1928.
- HEILBRONN. — *Müncher med. Wchuschr.*, 30 mars 1928.
- ROUSISVALLE. — *Rassegna d'ost. e gin.*, octobre 1927.
- NICOLSON et BERMAN. — *Semana medica*, décembre 1926.
- ODENTHAL. — *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, avril 1927.
- LAURENTIE. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1926.
- ALBERTIN. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923.
- HARTMANN. — *Gyn. et obst. de Paris*, 1923.
- SPIRITO. — *Clinica ostetrica*, juin 1928.
- GRAD. — *American j. obst. and gyn. de Saint-Louis*, 1924.
- BARNEY. — *J. Kansas med. Soc. Topeka*, 1922.
- PROUBASTA. — *Revue espagnole de méd. et de chir. de Barcelone*, 1920.
- VAUTRIN. — *Gynécologie de Paris*, 1920.
- VERNER. — *Centrablatt. f. gyn. Leipzig*, 1921.
- TÉDÉNAT. — *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1921.
- DALCHÉ. — *Clinique Paris*, 1913, VIII, p. 354-357.
- LANGENHAGEN. — *Revue pratique d'obst. et de gyn. de Paris*, 1913.
- CABEÇA. — *J. Soc. méd. de Lisbonne*, 1912, t. XXVI.
- KLEIN. — *Journal de médecine de Lille*, 1905.
- SINDELAR. — *Casop. lek. cesk. v. Prage*, 1908.
- MALTEZ. — *Brazil med. Rio-de-Janeiro*, 1919, XXXIII, p. 230.
- KENTON. — *Memphis M. Month*, 1918, XXXIX, p. 217-220.
- DALCHÉ. — *Gaz. des hôpitaux de Paris*, 1920, XCIII, p. 949-953.
-

Imprimerie d'Albret - G. ROULLEAU - 100, Cours d'Albret, Bordeaux - Téléphone 85.467
